



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente pessoa idosa

**Capacitar a Família na Prevenção de
Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa em
casa: Intervenção do Enfermeiro
Especialista**

Ana Luísa Candeias dos Santos Bento

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente pessoa idosa

**Capacitar a Família na Prevenção de
Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa em
casa: Intervenção do Enfermeiro
Especialista**

Ana Luísa Candeias dos Santos Bento

Prof. Maria Emília Brito

2014

A verdadeira viagem de descoberta
não consiste em descobrir novos horizontes,
mas em ver com novos olhos.

Marcel Proust (escritor francês, 1909)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que estiveram ao meu lado...

Perto da minha mente...

Perto da minha mão...

Junto do meu pensamento...

Dentro do meu coração...

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diárias

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

AHCPR- *Agency for Health Care Policy and Research*

AHRQ- *Agency for Healthcare Research and Quality's*

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD- Atividades de Vida Diárias

CADI- *Carer's Assessment of Difficulties Index*

CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade

CMEMC- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

CP- Circunferência da Perna

DGS- Direcção Geral Saúde

DL- Decreto-lei

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA- Equipa de Gestão de Altas

EPUAP- *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

ESEL- Escola Superior Enfermagem de Lisboa

EUA- Estados Unidos da América

FCA- *Family Caregiver Alliance®*

HIGN- *Hartford Institute for Geriatric Nursing*

IMC- Índice de Massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

JCAHO- *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization*

MNA®- *Mini Nutritional Assessment*

MNA®-SF- *Mini Nutritional Assessment- Short-form*

NHS- *National Health Service*

NICE- *National Institute for Health and Care Excellence*

NICHE- *Nurses Improving Care for HealthSystem Elders*

NPUAP- *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

NUTS- *Nomenclature of Territorial Units for Statistics*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PICC- Processo Individual de Cuidados Continuados

PIE- Processo Individual de Enfermagem

PII- Plano Individual de Intervenção

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA- Superfícies de Apoio

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UP- Úlcera de Pressão

WOCN- *Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society*

RESUMO

O crescimento do número de pessoas idosas com limitações funcionais, incapacidade na mobilização e redução da atividade potencia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (UP). Estas não representam apenas uma lesão cutânea, traduzem uma ofensa à dignidade humana porque põem em causa a integridade da pessoa idosa, tornando-se essencial promover medidas preventivas nesta temática.

Este relatório pretende descrever e analisar as diferentes etapas de um estágio em que se implementou um projeto na prevenção de UP na pessoa idosa e através deste pretendeu-se desenvolver competências comuns e específicas de enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica no cuidado à pessoa Idosa, contribuindo para o desenvolvimento de competências promotoras de prevenção de UP na pessoa idosa junto da família e das equipas de enfermagem, tanto em contexto hospitalar como em casa. A metodologia utilizada teve por base as cinco etapas da Metodologia de Projeto: Diagnóstico da situação; Definição de objetivos; Planeamento; Execução e avaliação e Divulgação dos resultados.

Os resultados revelaram que a implementação de estratégias para a prevenção de UP foi bem-sucedida porque no final do estágio as pessoas idosas incluídas neste projeto, em contexto comunitário, não apresentaram novas UP; os cuidadores demonstraram reconhecer que a prevenção de UP depende de um conjunto de cuidados: de higiene, alívio de pressão, vigilância e hidratação da pele, alimentação e conforto da pessoa idosa; os enfermeiros da equipa hospitalar passaram a valorizar a articulação entre serviços (hospitalar-comunitário) na alta da pessoa idosa para casa, mesmo aquelas sem lesões são referenciadas; na ECCI, os enfermeiros integraram a aplicação do Processo Individual de Enfermagem baseando-se no Caderno de Linhas Orientadoras para Prevenção de UP facilitando e adequando a tomada de decisão na prestação de cuidados à pessoa idosa.

Conclui-se que a prevenção de UP na pessoa idosa está diretamente relacionada com a qualidade das avaliações realizadas e das respetivas tomadas de decisão. A implementação deste projeto permitiu o desenvolvimento das competências inicialmente propostas.

Palavras-chave: Cuidar, envelhecimento, enfermagem, prevenção, úlceras de pressão

ABSTRAT

The growing number of older people with functional limitations, disability mobilization and decreased activity increases the risk of developing pressure ulcers (PU). These not only represent a skin lesion, translate an offense to human dignity because they undermine the integrity of the Elderly, making it essential to promote preventive measures in this subject.

This report aims to describe and analyze the different stages of a stage in a project that was implemented in PU prevention in the elderly and through its implementation was intended to develop common and specific competencies of nurse specialist in medical-surgical nursing care to the person elderly and contribute to promoting the development of skills of PU prevention in elderly, family, and teams of nursing in the hospital setting and at home. The methodology used was based on the five stages of the Project Methodology: Diagnosis of the situation; Setting goals; planning; Implementation and evaluation; and dissemination of results.

The results revealed that the implementation of strategies for the prevention of PU was successful because at the end of the internship, the elderly included in this project, in a community context, did not present new PU; caregivers demonstrated recognize that PU prevention depends on a number of care: hygiene, pressure relief, surveillance and skin hydration, food and comfort of the elderly; nurses of the hospital staff began to promote coordination between services (hospital-community) assuming the transfer of the elderly in his return home, even those without lesions are referenced; the ECCI, nurses joined the application of Nursing Single Process based on the Guidelines Booklet for PU prevention and adapting facilitating decision making in the field of PU prevention in providing care for the elderly.

It was concluded that PU prevention in the elderly is directly related to the quality of the assessments undertaken and the respective decision-making. The implementation of this project enabled the development of skills initially proposed.

Keywords: Caring, elderly, nursing, prevention, pressure ulcers.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	14
1.1. Problemática	14
1.2. Justificação do projeto	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2. 1. O processo de envelhecimento: a pele da pessoa idosa	22
2.2. A prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa	24
2.3. O Envelhecimento e a Enfermagem: Cuidar e Promover a Vida	28
2.4. Competências em enfermagem	33
3. METODOLOGIA DE PROJETO	37
4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E SEUS RESULTADOS	39
4.1. Implementar estratégias na prevenção de UP	39
4.1.1. Sensibilizar a equipa de enfermagem hospitalar	39
4.1.2. Desenvolver competências na equipa de enfermagem na comunidade	50
4.1.3. Capacitar a família/cuidador	58
5. REFLEXÕES QUE EMERGIRAM NO PERCURSO	66
5.1. Competências desenvolvidas	66
5.2. Questões éticas	67
5.3. As implicações/recomendações do trabalho para a prática	68
5.4. As limitações do trabalho	69
6. CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	

Anexo I: Pedido de autorização para aplicação da grelha de observação aos enfermeiros

Anexo II: Acrónimo SPICES

Anexo III: Instrumentos da RNCCI - “Avaliação de Enfermagem”
- “Avaliação do Risco de UP”

- “Avaliação Biopsicossocial”
- “Avaliação da Dor”
- “Avaliação do Estado da UP”

Anexo IV: Pedido de autorização para aplicação MNA®-SF

APÊNDICES

Apêndice 1: Alterações orgânicas do envelhecimento

Apêndice 2: Níveis de prevenção

Apêndice 3: Quadro de planeamento de estágio

Apêndice 4: Estágio Hospitalar: Caracterização do serviço e da equipa enfermagem

Apêndice 5: Estágio comunitário: Caracterização do serviço e ECCI

Apêndice 6: Reflexão- Risco da uniformização e automatização dos registos

Apêndice 7: Caracterização dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem

Apêndice 8: Reflexão- Estarão as equipas de enfermagem preparadas para *cuidar*?

Apêndice 9: Estudo de caso

Apêndice 10: Instrumento de colheita de dados

Apêndice 11: Ação de Formação no Serviço Hospitalar

Apêndice 12: *Poster* -Esquema de articulação com ACES

Apêndice 13: *Poster* - Esquema de contactos preferenciais do ACES

Apêndice 14: Reflexão - Dependência/Substituição nas ABVD

Apêndice 15: Caderno de linhas orientadoras para a prevenção de UP

Apêndice 16: Processo de Intervenção de Enfermagem

Apêndice 17: Reflexão - Peso da pessoa idosa

Apêndice 18: Ação de formação no estágio em ECCI

Apêndice 19: Reflexão - Idosos Hospitalizados

Apêndice 20: Reflexão - Cuidadores e Cuidados

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Representação do grupo etário da população internada no serviço hospitalar	43
Gráfico 2: Representação do nível de dependência, segundo Índice de Barthel, da população idosa no serviço de internamento hospitalar	44
Gráfico 3: Representação do nível de dependência nas ABVD, de população idosa dependente, segundo Índice de Barthel, no serviço de internamento hospitalar	44
Gráfico 4: Caracterização do risco de desenvolvimento de UP, segundo a Escala de Braden, da população idosa dependente, no serviço de internamento hospitalar	46
Gráfico 5: Representação dos problemas mais comuns na pessoa idosa, segundo o acrónimo SPICES, da população idosa dependente, no serviço de internamento hospitalar	47
Gráfico 6: Representação do nível de dependência da população idosa, segundo Índice de Barthel, na ECCI	51
Gráfico 7: Representação do nível de dependência nas ABVD, da população idosa dependente, segundo Índice de Barthel, na ECCI	51
Gráfico 8: Representação do risco de desenvolvimento de UP, segundo a Escala de Braden, da população idosa dependente, na ECCI	52
Gráfico 9: Representação dos problemas mais comuns na pessoa idosa, segundo o acrónimo SPICES, da população idosa dependente, na ECCI	53

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa. Em estágio foi implementado o projeto: “Capacitar a família na prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa em casa: intervenção do enfermeiro especialista” na sua aplicação pretendeu-se desenvolver capacidades na utilização da investigação, raciocínio crítico e de argumentação em torno do problema identificado. Com este relatório pretende-se refletir e centrar-se na aquisição de competências mobilizando os recursos pessoais como pessoa, profissional e cidadã (ESEL, 2013).

Com a população cada vez mais envelhecida e com o processo natural de envelhecimento, a pessoa idosa apresenta uma maior vulnerabilidade a agressões à sua integridade, pela presença de limitações funcionais, incapacidade na mobilização e redução da atividade sendo a presença das UP em contextos, hospitalar ou domiciliário uma problemática clínica atual.

Em contexto hospitalar, a transferência e/ou a articulação com as equipas da comunidade, relativamente à alta da pessoa idosa (sem lesões cutâneas) mas em risco de desenvolver UP, era omissa (a nota de alta era entregue à família), não garantindo a continuidade de cuidados por omissão na transmissão da sua necessidade.

Por sua vez as equipas de enfermagem na comunidade eram solicitadas por familiares ou médico de família, apenas na e pela presença de UP. A origem dessas UP estava relacionada com a situação clínica e dependência da pessoa idosa e/ou por falta de cuidados específicos a nível da prevenção de UP.

Assim surge o problema, cuja resolução implica a implementação de estratégias e intervenções preventivas, ajudando a pessoa idosa a recuperar ou manter as suas capacidades, de forma a preservar a sua qualidade de vida. Neste sentido, a família/cuidador também requer acompanhamento, apoio e capacitação, para adquirir as competências adequadas perante a pessoa idosa dependente, e os enfermeiros devem manter-se alerta e sensibilizados para esta situação e serem eles próprios capacitados para assumir as suas responsabilidades na tomada de

decisão, valorizando as atividades autónomas através de intervenções dirigidas à prevenção.

Os objetivos gerais deste projeto são: (1) *desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da prestação de cuidados à pessoa idosa e família;* e (2) *implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP, na pessoa idosa.* Sendo os objetivos específicos correspondentes: (1) *agir como enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa* e (2) *sensibilizar a equipa de enfermagem hospitalar na identificação da pessoa idosa em risco de fragilidade ou de desenvolver UP e o seu encaminhamento para a comunidade; desenvolver competências na equipa de enfermagem da comunidade na prevenção de UP da pessoa idosa e capacitar a família/cuidador na prevenção de UP da pessoa idosa.*

Este relatório de estágio descreve, no primeiro capítulo resultado da revisão da literatura efetuada, contemplando o estado da arte sobre a temática através da contextualização do problema, a sua justificação e relevância; a fim de incluir o leitor neste tema, o segundo capítulo pretende, com o enquadramento teórico, contextualizar o envelhecimento da pessoa idosa, abordando a pele, a etiologia e a prevenção da UP e ainda, a Enfermagem e o cuidar no envelhecimento, para promover a vida, o papel e as competências do enfermeiro especialista e mestre; o terceiro capítulo descreve as cinco etapas da Metodologia de Projeto; no quarto capítulo está descrita a implementação deste projeto, que traduz as atividades realizadas com a finalidade de implementar estratégias na prevenção de UP desenvolvendo competências de enfermeira especialista médico-cirúrgico na vertente da pessoa idosa e mestre em enfermagem; o quinto capítulo descreve as competências adquiridas através da implementação do projeto e também reflete algumas questões éticas sugeridas nos contextos, implicações do trabalho para a prática e suas limitações; por fim, na conclusão estarão presentes as aprendizagens e as reflexões mais relevantes e significativas e o resultado desta intervenção na pessoa idosa, cuidadores familiares e equipas de enfermagem.

1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

1.1.Problemática

“O **envelhecimento da população**¹ é um dos maiores triunfos da humanidade” (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2005, p. 8) e também um dos maiores desafios atuais. O envelhecimento demográfico tornou-se um problema generalizado e segundo Galvão (2002) citando Nazareth (1999) “uma das grandes certezas é que o envelhecimento demográfico veio para ficar nas próximas dezenas de anos e é uma autêntica tendência pesada e irreversível... e cuja problemática por ser multifacetada implica uma intervenção necessariamente complexa” (p.396-397).

A OMS (2005) previa, entre 1970 e 2025, um crescimento de 223% do número de pessoas com mais de 60 anos, cerca de 694 milhões, em 2025 aproximadamente 1,2 biliões e 2 biliões até 2050. Em Portugal o envelhecimento da população ocorreu de forma generalizada e progressiva sendo causado não só por uma redução da proporção de jovens mas também por uma maior longevidade, o **índice de envelhecimento**² entre o ano de 2001 e 2011, passou de 102 para 128 (Instituto Nacional Estatística (INE), 2012). Na região de Lisboa (área de atuação para este projeto), este índice passou de 103 para 140 idosos por cada 100 jovens. Mantendo a mesma década de referência, a população residente na região de Lisboa em 2011, segundo os dados dos CENSOS 2011, era de 2 821 876 indivíduos, a população entre 0-14 anos aumentou 0,6% e a população com 65 e mais anos 2,8%, salientando o acréscimo de 2,5% da população com 75 e mais anos, traduzindo um aumento do **índice de longevidade**³ de 39,7 para 45,7 (INE, 2012).

As alterações do envelhecimento são progressivas e irreversíveis, envolvem os vários órgãos e sistemas, perturbando mecanismos fisiológicos e expressando-se de forma variável em cada indivíduo (Pinto & Botelho, 2007).

¹ Envelhecimento de uma população revela uma redução do número de crianças e jovens e um aumento do número de pessoas idosas (pessoas com mais de 65 anos) (INE, 2012).

² Índice de Envelhecimento- Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2012).

³ Índice de Longevidade- Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2012).

o envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interacção humana, onde cada uma afecta e é afectada (Sequeira, 2010, p.19).

Compreender o processo de envelhecimento impele ao conhecimento dos vários componentes do declínio fisiológico e das interações deste com outros fatores, que concebem os aspetos individuais e sociais da vida, desde os fatores genéticos e biológicos aos aspetos psicossociais, comportamentais e ambientais (Pinto e Botelho, 2007).

Pinto e Botelho (2007) descrevem como o envelhecimento “afeta todas as estruturas do organismo, com a particularidade de cada órgão e tecido ter um ritmo próprio de envelhecer” (p.493). Numa perspetiva de avaliação da pessoa idosa no seu processo de envelhecimento deve ter-se em consideração todas as alterações da manutenção e regulação do organismo, da composição corporal, dos sistemas: cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, tegumentar, nervoso, entre outros (Pinto & Botelho, 2007) (ver Apêndice 1). Os efeitos do envelhecimento da pele não deixam passar despercebidas as outras alterações concomitantes durante o processo de envelhecimento, pois ela influencia e é influenciada por essas alterações.

A individualidade biológica de cada um, no que diz respeito à genética, imunologia, bioquímica ou fisiopatologia não são só por si ou em conjunto argumento único para o envelhecimento, outros fatores como doenças, acidentes, opções ou estilos de vida são condicionantes (Pinto & Botelho, 2007). Todos estes aspetos podem predispor a pessoa idosa a uma redução da mobilidade, perdas sensoriais, alterações do estado de consciência, má perfusão, desnutrição e desidratação: fatores condicionantes ao risco de desenvolvimento de UP em contextos, hospitalar ou domiciliário, traduzindo uma problemática clínica atual (Morison, 2004; Dealey, 2006; EPUAP& NPUAP 2009).

Com o avanço da idade qualquer perturbação na **homeostasia**⁴ e na reação ao *stress* comprometem a resposta de algumas capacidades fisiológicas e implicam

⁴ Homeostasia- conceito de ambiente interno estável, conseguido através de um cuidadoso sistema fisiológico que se opõe à mudança (Pinto & Botelho, 2007, p.523)

habitualmente uma diminuição da **competência funcional**⁵ (Pinto e Botelho, 2007; Sequeira, 2010). O declínio gradual da capacidade funcional manifesta-se através de dificuldade ou demora na execução e agilidade, no desempenho das **Atividades Básicas de Vida Diárias**⁶ (ABVD), no **autocuidado**⁷, na adaptação ao meio ou no desempenho das **Atividades Instrumentais de Vida Diária**⁸ (AIVD) (Moraes, 2012). A dependência surge estreitamente ligada à incapacidade individual para a satisfação das necessidades humanas básicas no desempenho do autocuidado (Sequeira, 2010), ao cuidado ao próprio corpo e aos cuidados de manutenção da vida (Collière, 2003). O conceito de dependência funcional é a consequência “de uma **deficiência**⁹ e/ou de uma **incapacidade/ restrição da atividade**¹⁰, constitui uma **desvantagem social/ restrição da participação**¹¹, que leva à necessidade do auxílio de terceiros para a execução de determinadas atividades” (Pinto & Botelho, 2007, p.512).

Quando a pessoa idosa apresenta dependência pode presenciar-se uma inversão de papéis, o que conseqüentemente pode provocar alterações na estrutura familiar (Galvão, 2002). A família desempenha um papel fundamental no bem-estar da pessoa idosa porque lhe presta cuidados – Cuida. A ausência de família ou o desconhecimento ou incapacidade da família na prestação dos cuidados básicos à manutenção da vida da pessoa idosa podem desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (Sequeira, 2010) potenciando o risco de desenvolvimento de UP.

⁵ Competência funcional- “é a capacidade da pessoa em realizar as actividades relacionadas com o seu autocuidado (ABVD), as actividades necessárias à sua independência (AIVD) e as actividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva” (Sequeira, 2010, p. 42)

⁶ ABVD- actividades relacionadas ao autocuidado que se referem às tarefas necessárias para o cuidado com o corpo ou autopreservação (Moraes, 2012, p.13); definem-se como um conjunto de actividades primárias realizadas por uma pessoa, actividades essas que se relacionam com o autocuidado e mobilidade e permitem uma vivência autónoma e independente (Sequeira, 2010).

⁷ Autocuidado é a actividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 1995).

⁸ AIVD- actividades mais complexas que as básicas, que se referem às tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou actividades domésticas são indicadoras da capacidade do idoso viver sozinho na comunidade (Moraes, 2012, p.13)

⁹ Deficiência- está relacionada, com a perda ou a anomalia, das estruturas e/ou funções anatómicas, fisiológicas ou psicológicas do corpo (défices), segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) (OMS, 2004)

¹⁰ Incapacidade/ Restrição da actividade - estão relacionadas com restrições ou perda da capacidade de praticar as actividades individualmente em consequência de uma deficiência, segundo CIF (OMS, 2004)

¹¹ Desvantagem social/ Restrições na participação- relacionam-se com o desajustamento entre limitações, conseqüentes de uma deficiência e/ou incapacidade, e os recursos que a pessoa tem acesso, por exemplo barreiras e/ou ajudas técnicas e/ou pessoais, segundo CIF (OMS, 2004)

1.2. Justificação do projeto

Este projeto “Capacitar a família na prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa em casa: intervenção do enfermeiro especialista” justifica-se, por ser, fundamentalmente, uma questão deontológica, ética e moral – pela importância da manutenção da Integridade da Pessoa Idosa; pelo facto da presença de UP ser um indicador de qualidade do cuidado; pela contextualização da prática de cuidados onde se presencia algum descuido no ato de cuidar da pessoa idosa e da sua pele, só se fazendo notar diligências quando é preciso tratar de uma efetiva perda de integridade cutânea; e ainda, pelos Custos inerentes a UP.

Considerando-se a deontologia um conjunto de normas, alicerçadas nos princípios da moral e do direito, que procuram definir as boas práticas de uma determinada profissão, as UP são, por si só, um problema a nível mundial e constituem uma **questão deontológica** para a profissão de Enfermagem. Um exemplo internacional desta questão como um problema político e social, foi no “Reino Unido (através do seu Serviço Nacional de Saúde – NHS - e do *National Institute for Clinical Excellence* - NICE) e os Estados Unidos (através da AHCPR) terem sido obrigados a produzir e a implementar manuais para a excelência de cuidados na prevenção e tratamento das UP” (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007, p.17).

A procura da evidência científica no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na prevenção das UP deve ser um acto profissional onde o enfermeiro assume a excelência do exercício (Código Deontológico do Enfermeiro- Artigo 88.º- excelência do exercício) (OE, 2005). “Percebe-se assim que os «códigos deontológicos» constituem as «condições de possibilidade mínima», avaliadas e promulgadas num determinado contexto profissional, para que o acto livre seja considerado, do ponto de vista exterior e social, como «justo», «bom», «adequado», «aceitável», «não mau».” (Renaud, 2002, p.25).

A **ética** é “um trabalho de reflexão sobre o agir; mas enquanto tal, não se considera como homogênea ao agir sobre o qual ela reflete” (Renaud, 2002, p.16). A ética não tem poder direto sobre a ação, o poder da ética é o questionamento das ações produzidas e a reflexão sobre as práticas, sendo também, outro problema

ético, o impacto da finalidade do agir na tomada de decisão e no decurso da própria ação (Renaud, 2002).

A prevenção de UP é na sua essência um problema ético - que questionamento é realizado relativamente às intervenções preventivas de UP na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa dependente? Eticamente, como resultado dessa reflexão, o enfermeiro é confrontado com o agir (na prevenção), é o sujeito responsável na ação de decidir (autonomia) e na sua tomada de decisão: “as nossas decisões quanto aos cuidados e a nossa responsabilidade perante as pessoas de quem cuidamos não apenas nos pertencem como nos constituem profissionalmente” (Nunes, 2006, p.10-11).

Assim, o enfermeiro deve adquirir competências para precocemente despistar situações de risco e proteger a pessoa idosa e família que cuida, mas também ter a iniciativa de procurar formação atualizada, fomentar ambientes promotores à autoformação, formação dos pares e formação da pessoa idosa em risco de desenvolver UP e família, como é referido por vários autores (Morison, 2004; Ferreira et al, 2007; Ayello & Sibbald, 2008; EPUAP & NPUAP, 2009; DGS, 2011).

O enfermeiro assume conhecer as necessidades da população e da comunidade, participar na sua orientação e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, responsabilizando-se na promoção de saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve conhecer as pessoas idosas da comunidade em que estão inseridas e despistar precocemente os seus riscos, implementando medidas preventivas e promovendo a sua saúde (Código Deontológico do Enfermeiro- Artigo 80.º- Do dever para com a comunidade) (OE, 2005), (REPE, 1996; EPUAP & NPUAP, 2009; Lira et al, 2012).

Deste modo, passa a existir uma consciencialização da capacidade de intervir no domínio da saúde (não só singular mas global) e assim se justifica uma Educação de Saúde para todos. O dever “zelar pela sua saúde” serve de mote a um processo educativo a todos os membros da sociedade e não apenas às pessoas doentes (Patrão Neves, 2002). Com tudo isto, o enfermeiro demonstra reconhecer a finalidade da sua atuação e revela ter consciência dessa mesma finalidade encarando esta problemática sob diferentes perspetivas de níveis de prevenção (*in*

portal saúde publica): **primordial, primária, secundária, terciária e quaternária** (ver Apêndice 2). Morison (2004) revela que, tendo em conta o risco presente, pode reduzir-se o aparecimento de UP entre 50 a 60% ao se prestar cuidados preventivos.

Como defende Collière (1999, 2003) a utilização da abordagem antropológica nas situações de cuidados permite a consciencialização das divergências e até dos opostos culturais que existem, ou podem existir, entre os clientes e os prestadores de cuidados, e o conhecimento e a compreensão da forma de viver do outro. A **moral** é isso mesmo: relaciona-se com a inquietação do bem-estar de outros seres humanos de acordo com a liberdade do agir (Renaud, 2002) e os deveres morais dirigem-se à consciência de cada um (Patrão Neves, 2002).

Não basta a qualidade científica ou a técnica, exige-se uma qualidade humana e humanizadora. Os enfermeiros são seres humanos que cuidam de seres humanos e têm de preservar a dignidade de quem cuidam em todo o ciclo de vida (Collière, 2003). Manter a integridade cutânea da pessoa idosa é preservar a sua dignidade e qualidade de vida, bem como daqueles que a rodeiam (Código Deontológico do Enfermeiro- Artigo 81.º- Dos valores humanos; Artigo 82.º- Dos direitos à vida e qualidade de vida; Artigo 89.º- Da humanização dos cuidados) (OE, 2005).

O aparecimento de uma UP pode ser previsível pela presença de vários fatores de risco mas simultaneamente pode ser prevenida também por uma prática de cuidados centrados na pessoa.

No quadro conceptual da prática centrada na pessoa, McCormack vê o enfermeiro como facilitador da autonomia da pessoa idosa através de uma *authentic consciousness* - “consciência autêntica”, centrar os cuidados na pessoa alterando a abordagem comum: do “fazer para” por “fazer com” capacitando e estimulando a pessoa idosa a assumir o ser ela a fazer por si (Dewing, 2004). Este quadro conceptual vem testemunhar as mudanças na relação terapêutica como questão ética e moral, um relacionamento que traduz a pessoa idosa, com doença ou não, como uma “pessoa total” tornando a parceria central na finalidade comum que é a recuperação da saúde (Patrão Neves, 2002).

Os valores de **incidência**¹² e **prevalência**¹³ da presença de UP em diferentes contextos de trabalho são indicadores de saúde utilizados pela OMS e o facto de serem consideradas indicadores de qualidade dos cuidados, justificam por si só este projeto (Louro, Ferreira & Póvoa, 2007). Em Portugal, também a Direção Geral de Saúde (DGS) refere que as UP “são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados” (DGS, 2011, p. 2). A investigação nacional produziu ainda poucos estudos de incidência/prevalência de UP. Um primeiro estudo sobre a temática (cuja data, tipo de estudo e número da população abrangida é omissa pelos autores) apresentou valores de prevalência de UP de 31,3%; num segundo estudo de prevalência (n= 115), cuja data se mantém omissa, após a implementação da escala de avaliação de risco de desenvolvimento de UP (Escala de Braden), indicou uma redução para 19,3% (Ferreira et al., 2007). A EPUAP em 2002 conduziu um estudo europeu multicêntrico de prevalência de UP, no qual Portugal estava incluído (n=736), tendo-se observado a nível nacional uma prevalência de 12,5% de UP (Ferreira et al., 2007; DGS, 2011).

Relativamente a esta temática, a Ordem dos Enfermeiros (OE) também preconiza como ganhos em saúde, sensíveis à prestação de cuidados de enfermagem, os seguintes indicadores de qualidade: a **nível da promoção da saúde** - taxa de incidência/ prevalência de UP, Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de UP, Ganhos em aprendizagem das capacidades do prestador de cuidados para prevenir as UP; a **nível da prevenção de complicações** - percentagem de casos de risco de UP, taxa de eficácia diagnóstica do risco de UP, taxa de eficácia na prevenção da UP (OE, 2004).

A **contextualização** da prática de cuidados justifica a necessidade deste projeto porque denuncia o facto da equipa de enfermagem ser apenas solicitada para visitar a pessoa idosa quando já existe UP, constituindo este um dos motivos de referenciação - gestão e tratamento de UP - por intermédio do médico de família (justificando uma atividade interdependente), o que dificulta o despiste precoce de

¹² Incidência- número de novos casos de um determinado resultado de saúde num espaço de tempo definido (Aguiar, Silva, Ferreira & Negreiro, 2007).

¹³ Prevalência- proporção de casos prevalentes com um determinado resultado de saúde relativamente à população de interesse da qual se extraíram esses casos (Aguiar et al, 2007).

situações de dependência da pessoa idosa e risco potencial de desenvolvimento de UP (atividade autónoma do enfermeiro).

Os **custos** inerentes ao tratamento das UP muitas das vezes são inqualificáveis e inquantificáveis, traduzindo-se em sofrimento, dor, morbilidade, feridas de difícil cicatrização, perda de qualidade de vida e até mortalidade, para a pessoa idosa e para quem a rodeia (Goulart, Ferreira, Santos, Morais & Filho, 2010). Institucionalmente a presença de UP é responsável por internamentos mais longos e dispendiosos, com gasto de material, tempo das equipas e a sua reputação (Baranoski & Ayello, 2006). O aumento do tempo de internamento também potencia o risco de óbito, como é suportado por um estudo conduzido nos EUA, que revela que entre 1990 e 2001, de todas as mortes reportadas, 0,4% (114 380 mortes) foram relacionadas com UP, sendo o custo total de internamento com tratamento de UP entre 2 mil e 70 mil dólares por UP (Wada, Neto & Ferreira, 2010). Na Holanda calculou-se que a despesa com o tratamento de UP variava entre 362 milhões e 2,8 biliões anuais, com consumo de 1% do orçamento total para a saúde em 2002 (Dealey, 2006). No Reino Unido, usando o mesmo modelo de cálculo, os custos ainda eram mais elevados, variando de 1,4 biliões e 2,1 biliões anuais, o que representava 4% da despesa do estado (Dealey, 2006).

Em Portugal não existem estudos sobre o impacto económico das UP, pois muitas vezes estas lesões não estão documentadas ou não são consideradas como diagnóstico principal (Ferreira et al., 2007). A DGS reconhece que o tratamento e os internamentos que advêm das UP aumentam os encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2011), reforçando a necessidade de implementação de medidas preventivas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. 1. O processo de envelhecimento: a pele da pessoa idosa

A pele é o maior órgão externo do corpo humano, no adulto pesa de 2,7 a 3,6 Kg e tem uma variação normal de pH de 4,5 a 6 resultando numa “camada ácida” que tem a capacidade protetora e de manutenção da flora cutânea normal. A pele recebe um terço do volume sanguíneo da circulação corporal. As funções principais da pele são a proteção (barreira física à prova de água, bactérias, químicos e raios ultra violeta), imunidade, sensibilidade, termorregulação, excreção, metabolismo e comunicação (Baranoski & Ayello, 2006; Dealey, 2006; Benbow, 2009).

A pele é constituída por duas camadas distintas, a mais externa- epiderme e a mais interna- derme. Entre elas existe uma separação designada por junção dermo-epidermal ou zona da membrana basal. Tem uma superfície irregular, chamada crista papilar que se projeta em sentido descendente a partir da epiderme e liga-se às projeções ascendentes da derme, sendo a sua função impedir os avanços e/ou retrocessos da epiderme e da derme através da estrutura que as prende entre si. Sob a derme existe uma camada de tecido adiposo subcutâneo também chamado hipoderme (Baranoski & Ayello, 2006; Dealey, 2006; Benbow, 2009).

No processo de envelhecimento da pele a epiderme vai enfraquecendo, a renovação celular do estrato basal é lenta e a migração celular retarda para o estrato córneo, podendo ser este um fator que retarda também a cicatrização. As irregularidades/nivelamentos da junção dermo-epidermal, a derme papilar e as cristas interpapilares epidermais esbatem-se e enfraquecem, logo as áreas de contacto diminuem cerca de 50%, tornando a pele mais suscetível a trauma mecânico por lesão traumática ou acidental da derme e epiderme, que se designa por quebra cutânea (Baranoski & Ayello, 2006). Há uma redução da espessura dermal de aproximadamente 20%, que torna a pele mais fina (parecendo papel).

As glândulas sebáceas diminuem a sua produção, reduzindo a oleosidade da pele, visualizando-se uma pele seca característica nas pessoas idosas. A redução das proteínas dermais na pele envelhecida diminui a capacidade de reter a humidade, promovendo desvios oncóticos de pressão e redução da homeostase de fluidos, tornando a pessoa idosa mais vulnerável ao risco de desidratação; os vasos

sanguíneos tornam-se também mais finos e frágeis pela diminuição daquelas proteínas, sendo frequente o aparecimento de púrpura senil (pequenas hemorragias locais) (Morison, 2004; Baranoski & Ayello, 2006; Benbow, 2009).

Por diminuição das fibras de colagénio e elastina que dão suporte às estruturas da derme, há uma perda da capacidade de voltar à sua forma original deixando a pele mais laxa e rugosa tornando-a numa barreira menos eficaz contra a perda de água, abrasão e infeção, diminuindo a sensibilidade táctil e a percepção à dor (aumentando a vulnerabilidade da pessoa idosa a agressões ambientais traumáticas) como também uma deficiente termorregulação (Morison, 2004).

A perda de tecido adiposo subcutâneo vai diminuir a proteção mecânica e isoladora através da perda do “acolchoamento” das proeminências ósseas. A face, dorso das mãos, tíbia e planta do pé são algumas zonas do corpo onde o tecido subcutâneo atrofia com o envelhecimento e que em situações de traumatismo aumentam a energia absorvida pela pele (Goulart et al, 2010).

A redução das células de Langerhans, presentes nos estratos, espinhoso e granuloso da epiderme, é responsável pela diminuição da resposta imunitária da pele. Também a medicação é responsável por alguns efeitos adversos na pele, como por exemplo os esteroides, que diminuem a espessura da epiderme e suprimem o sistema imunitário da pele (Morison, 2004; Baranoski & Ayello, 2006; Lawton, 2007; Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

A pele da pessoa idosa tem inúmeras diferenças da pele do adulto e são essas características que têm de ser identificadas na prática e que justificam a diferenciação dos cuidados de enfermagem. A pele está exposta a inúmeras agressões, externas e internas, e reflete o processo de envelhecimento através do seu aspeto, sendo o risco de desenvolvimento de UP proporcional à presença de alterações do envelhecimento (Morison, 2004; Dealey, 2006). Decorrente destas alterações a pessoa idosa torna-se especialmente vulnerável e essa frágil condição tem de ser preservada com cuidados específicos, privilegiando o conforto da pessoa idosa, através da vigilância diária do seu estado geral - despistando o estado de nutrição e hidratação, e da pele em particular - limpeza e conforto da pele, alívio e/ou controlo de pressão e/ou dor contribuindo assim para a prevenção de UP

(NICE, 2003, 2014; EPUAP & NPUAP, 2009).

2. 2. A prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa

Internacionalmente a UP é definida por “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção” (EPUAP & NPUAP, 2009, p.7). As UP resultam em ulceração tecidular por isquemia e necrose (Baranoski & Ayello, 2006) e podem classificar-se segundo as características que apresentam, que dependem das camadas lesionadas - Categoria I: Eritema não branqueável; Categoria II: Perda parcial da espessura da pele; Categoria III: Perda total da espessura da pele; Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (EPUAP & NPUAP, 2009) (Apêndice 15 ver Apêndice 1).

As UP são evitáveis em 95% dos casos (Morison, 2004; Ferreira et al, 2007). A identificação precoce dos **grupos de risco**, como por exemplo, pessoas idosas com mobilidade reduzida, com alterações sensoriais e ou motoras, alterações cognitivas, atrofia muscular, lesões medulares (EPUAP & NPUAP, 2009; Goulart et al, 2010); o conhecimento dos **fatores de risco** - alterações da mobilidade, perdas sensoriais, níveis de consciência, idade avançada, doença aguda, grave ou terminal, história anterior de lesão de pressão, má perfusão, desnutrição e desidratação (Morison, 2004; Dealey, 2006; EPUAP & NPUAP, 2009); e a avaliação desse risco são fundamentais ao planeamento e implementação de medidas para a prevenção e tratamento de UP (Morison, 2004; Dealey, 2006; Ferreira et al, 2007; Wada et al, 2010). Os principais fatores de risco **primários** são a pressão, o deslizamento e a fricção:

- A **pressão** é o fator mais importante no desenvolvimento da UP, por isso o seu nome, e ocorre quando o tecido mole do corpo é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, causando pressões superiores à tensão capilar, o que origina uma isquemia localizada (Dealey, 2006; Goulart et al, 2010). A quantidade e duração de pressão são inversamente proporcionais. Baixas quantidades de pressão por longos períodos de tempo, podem ser tão prejudiciais para os tecidos, como grandes quantidades de pressão durante curtos períodos de tempo (Morison, 2004; Baranoski & Ayello, 2006).

- O **deslizamento** ou atrito por cisalhamento ou torção é criado pela interação entre as forças gravitacionais e de atrito, que corresponde à resistência que existe ao movimento entre duas superfícies. Por exemplo, no movimento que ocorre durante o reposicionamento da pessoa deitada no leito, a pele permanece aderida ao lençol, enquanto o restante corpo é empurrado para cima. Devido a essa tração há a torção dos vasos sanguíneos e a interrupção da microcirculação da pele e tecido subcutâneo (Baranoski & Ayello, 2006; Goulart et al, 2010).

- A **fricção** corresponde ao movimento de duas superfícies, uma contra a outra e isso acontece quando a pele se move contra uma superfície de apoio. Apesar de esta força não ser o fator principal para o desenvolvimento da UP, pode contribuir para uma agressão da camada epidermal da pele, criando um ambiente propício para agressões posteriores. A fricção está sempre presente quando o cisalhamento acontece (Baranoski & Ayello, 2006; Goulart et al, 2010).

Os fatores de risco **secundários** dividem-se em **intrínsecos**¹⁴ - idade avançada, tensão arterial, perfusão tecidual, comorbidades, nutrição, tabagismo, aumento da temperatura corporal e **extrínsecos**¹⁵ - fricção, humidade/ incontinência, substâncias irritantes (Baranoski & Ayello, 2006; Goulart et al, 2010). Dealey (2006) ainda refere alguns fatores que podem exacerbar os descritos anteriormente, tais como posicionamentos inadequados que podem aumentar a pressão e o deslizamento, uso de más técnicas ao manusear e levantar a pessoa idosa, restrições ao movimento ou má higiene.

A prevenção de UP na pessoa idosa está diretamente relacionada com a qualidade das avaliações realizadas e das respetivas tomadas de decisão, que por sua vez se relacionam com a solidez do conhecimento teórico, experiências anteriores, juízo clínico, reconhecimento das capacidades e conhecimento da pessoa idosa e família. Este conhecimento é central e essencial e é um componente chave de excelência dos cuidados de enfermagem (Morison, 2004). O processo de tomada de decisão deve ser dinâmico, atual, em constante renovação e baseado em evidência científica. Existem grupos de referência nesta temática, que têm

¹⁴ Fatores de risco intrínsecos - consideradas as características inerentes ao indivíduo que se relacionam a variáveis do seu estado de saúde (Baranoski & Ayello, 2006)

¹⁵ Fatores de risco extrínsecos - consideradas as características independentes ao indivíduo que se relacionam com os mecanismos da lesão (Baranoski & Ayello, 2006)

desenvolvido recomendações baseadas na evidência científica e são direcionadas a todos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a pessoas vulneráveis, em risco de desenvolver UP, quer se encontrem em contexto hospitalar, quer em unidades de cuidados continuados, em lares ou em casa, independentemente do seu diagnóstico ou necessidade de cuidados de saúde (EPUAP & NPUAP, 2009).

No Reino Unido, através da *National Institute for Clinical Excellence*, desde 2005, *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) é recomendado para a prevenção de UP a avaliação do risco, inspeção da pele, avaliação da pele e cuidados à pele, formação de todos envolvidos e a utilização de protocolos preventivos (NICE, 2005, 2014).

Nos EUA, os Protocolos de Enfermagem Geriátrica, para as melhores práticas baseadas na evidência, da responsabilidade da *Hartford Institute for Geriatric Nursing* (HIGN) (Ayello & Sibbald, 2008, 2012; Ayello, 2012), recomendam a avaliação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, utilização da Escala de Braden, utilização protocolos de prevenção, avaliação diária da pele, cuidados à pele, posicionamentos, formação ao cliente, cuidadores e equipa de profissionais na utilização dos protocolos de prevenção.

Em destaque nesta temática estão a *American National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP- grupo norte americano) e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP - grupo europeu), mencionados em artigos científicos mundiais, representando uma colaboração internacional, corresponsáveis pela criação e desenvolvimento de *Guidelines* internacionais para a prevenção e tratamento de UP. Este projeto centra-se na pessoa idosa e cuidadores mas estas recomendações, para a prevenção de UP destinam-se a todas as pessoas vulneráveis em todos os grupos etários (EPUAP & NPUAP, 2009):

⇒ **Avaliação do risco** – promover políticas de avaliação de risco, educar os profissionais e documentar todas as avaliações de risco; estabelecer práticas de avaliação de risco com abordagens estruturadas na identificação dos grupos em risco, avaliação de alterações da atividade e mobilidade, avaliação global da pele incluindo a pele íntegra; identificar fatores de risco definindo da periodicidade das avaliações; educar para a importância da avaliação do risco e conhecimento de

fatores de risco a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver UP, incluindo o próprio e os cuidadores;

⇒ **Avaliação da pele** - assegurar políticas de uma avaliação completa à pele, despertar os profissionais para a sua importância, inspecionar regularmente a pele; documentar todas as avaliações da pele, incluindo detalhes de qualquer alteração e/ou dor relacionada com pressão; educar para a importância da avaliação da pele e conhecimento do que é uma UP a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver UP, incluindo o próprio e os cuidadores;

⇒ **Cuidados à pele** - examinar o estado da pele diariamente, assegurar uma avaliação dos cuidados de higiene prestados à pessoa idosa dependente, não utilizar a massagem na prevenção, não esfregar vigorosamente a pele e secar a pele cuidadosamente, limpar a pele sempre que se encontre suja, evitando a água quente e aplicar cremes hidratantes; evitar a exposição da pele à humidade excessiva, através do uso de produtos barreira; educar para a importância dos cuidados à pele, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco UP, incluindo o próprio e os cuidadores;

⇒ **Nutrição** para a prevenção das UP- rastrear situações de subnutrição, escolher e utilizar um instrumento válido e fiável para avaliação do risco nutricional, adotar uma política de avaliação nutricional, providenciar assistência médica ou de nutricionista sempre que se justifique, assegurar suporte nutricional a todos aqueles em risco nutricional; educar para a importância da nutrição, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver UP, incluindo o próprio e os cuidadores;

⇒ **Uso de Superfícies de Apoio**¹⁶ (SA) - estas devem ser adequadas à pessoa em risco, pelo tempo em que se mantém o risco, tendo em conta a mobilidade, conforto e contexto da prestação de cuidados; educar para a importância do uso das SA, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver UP, incluindo o próprio e os cuidadores.

⇒ **Reposicionamento** para a prevenção das UP - considerar-se a alternância de decúbitos/posicionamentos como uma estratégia preventiva e de forma a reduzir a pressão nas áreas mais vulneráveis do corpo, a frequência dos posicionamentos

¹⁶ SA- superfícies com características especiais e promovem a redistribuição de pressão, controlo da humidade da pele, controlo de temperatura da pele, controlo de infeção, conforto e bem-estar da pessoa e diminuição do atrito (Duque et al, 2012).

deverá resultar dos fatores de risco presentes e das SA utilizadas, tendo em consideração o conforto e a tolerância tecidular da pessoa em risco, utilizar técnicas de posicionamento que contribuem para a dignidade e capacidade funcional da pessoa idosa; documentar os reposicionamentos; educar para a importância dos reposicionamentos, técnicas corretas de reposicionamento e uso de equipamentos, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver UP, incluindo o próprio e os cuidadores (EPUAP & NPUAP, 2009).

Em Portugal, a Orientação DGS nº 17/2011 preconiza o uso da Escala de Braden e do Instrumento de Avaliação da Pele, o desenvolvimento de Protocolos Preventivos em cada instituição segundo a responsabilidade da mesma, a Educação das pessoas idosas (família/cuidador) em risco de desenvolvimento de UP e a elaboração de um manual de apoio ao cuidador e família (DGS, 2011).

A reestruturação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) revelam mudança nas políticas de saúde, sociais a nível nacional com a criação de redes de suporte às múltiplas necessidades (que incluem a prevenção e tratamento de UP) das pessoas idosas e família, exemplo disso está a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que preconizam cuidados de saúde no âmbito “domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença (...) actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família” (DL n.º28/2008- Artigo 11.º, p.1184)

2.3. O Envelhecimento e a Enfermagem: Cuidar e Promover a Vida

A sociedade, a família, a vida e o envelhecimento confrontam a pessoa idosa com as suas próprias limitações, perdas e finitude (Galvão, 2002). Collière (2003) define a vida como uma sucessão de passagens, as *grandes passagens da vida*, que traduzem acontecimentos determinantes (crises, ruturas, mudanças irreversíveis), representando também a transposição de uma etapa, de um limiar, ou uma prova de adaptabilidade ou de ajustamento, que faz com que a vida deixe de ser como era antes.

Desde o nascimento até à morte (as únicas passagens inevitáveis da vida) pode desenhar-se uma linha, a linha da vida, esta pode ser comparada com uma

linha de cuidados, onde se encontram todas as etapas de vida: “ser cuidado... cuidar-se... cuidar... (...) este verbo abraça todas as principais passagens da vida, traduzindo a indispensável necessidade dos cuidados sem que para isso haja doença” (Collière, 2003, p.178).

O nascimento dá início à linha da vida, o “*ser cuidado*” corresponde à primeira infância, cuidar é permitir a aquisição e o desenvolvimento de capacidades de fazer o que é indispensável para continuar a viver e a crescer. O acto de “*cuidar-se*”, na adolescência até à idade adulta, afigura-se em manter e assegurar os próprios cuidados pessoais e diários. Seguindo-se o “cuidar” aos filhos que nascem e/ou aos pais que envelhecem. Com o avanço da idade, com o estilo de vida adotado, com o meio social, com os recursos financeiros ou quando as capacidades de *cuidar-se* a si próprio diminuem, há que deixar “*ser cuidado*”, “não só para vigiar ou manter as capacidades que permanecem, mas também para tentar diminuir a aceleração das perdas sensório-motoras e psico-afectivas, assim como para manter despertas as capacidades restantes” (Collière, 2003, p.178).

Há semelhança das *grandes passagens da vida*, surge o conceito *transição*, ou seja, uma “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente” (Meleis & Trangenstein, 1994, p.256). Assim sendo, ao conceito de transição emergem outros dois conceitos, crise e adaptação, em que o primeiro é o facto que despoletou a necessidade de transição e o segundo a forma como é vivenciado o processo de transição (Sequeira, 2010).

O “deixar *ser cuidado*” acontece quando estão presentes alterações na **autonomia**¹⁷ ou **independência**¹⁸ de uma pessoa, essas alterações produzem efeitos que se designam por *elos de significação* (comparável aos conceitos crise e adaptação), que se traduzem na vida, nas atividades, expectativas e desejos de quem as tem e que têm de ser descodificados para que os cuidados sejam especiais

¹⁷ Autonomia- capacidade de decisão individual e decisão sobre as ações, estabelecidas pelas próprias regras da pessoa (Moraes, 2012); é a capacidade da pessoa, segundo as suas regras e preferências, para controlar, lidar e tomar decisões sobre as diversas situações da sua vida quotidiana, ou seja, a capacidade de cuidar de si próprio, a sua capacidade de adaptação ao meio e a responsabilidade pelas suas ações (OMS, 2005).

¹⁸ Independência a capacidade de realizar/executar algo pelos próprios meios da pessoa, permitindo que o individuo cuide de si e da sua vida (Moraes, 2012)

e adequados para a pessoa que os vivência (Collière, 1999).

É preciso interpretar o verbal e não-verbal da pessoa idosa e consciencializar a ligação entre os diferentes aspetos de uma mesma situação de cuidados, esclarecendo o *significado* de cuidar para o outro, isto é, ajudá-lo a viver nas limitações determinadas pelo envelhecimento (Collière, 2003). O *sentido* influencia a *funcionalidade* da pessoa idosa e este *sentido* tem mesmo a ver com o que se sente, com as experiências, com as motivações e aspirações, porque este sentido pode desempenhar um papel motor ou inibidor a quem recebe e a quem presta os cuidados. A funcionalidade pode ser definida pelo que a pessoa idosa pode fazer sozinha, o que pode fazer com ajuda e o que já não pode fazer e ainda com o que sabe fazer sozinha, o que sabe fazer com ajuda e o que não sabe fazer e porquê? (Collière, 1999).

A pessoa idosa precisa de cuidados centrados em si, numa perspetiva antropológica, que “consiste em ficar próximo das pessoas, deixando vir a nós o que fomos capazes de agarrar, o que conseguirmos aprender com elas a partir do que nos revelam por sua própria iniciativa” (Collière, 2003, p.148). É preciso uma prática centrada na pessoa, que consiste num processo de cuidar dinâmico baseado numa relação interdependente e interligada que reconhece a liberdade da autodeterminação como um fundamental direito humano (McCormack, 2003).

Quando a prática se centra na pessoa idosa sem autonomia, ou seja, sem poder decisivo sobre a sua própria vida, o papel da **família** é fundamental, espera-se que as famílias mantenham as suas funções na manutenção da integridade da unidade familiar, da resposta às suas necessidades e às expectativas da sociedade, “a estas, acrescenta-se uma função básica da família que é proteger a saúde dos seus membros a dar apoio e respostas às necessidades básicas em saúde, perpassando todo o ciclo vital da família” (Sarmiento et al, 2010, p.33).

A palavra “família” refere-se a duas ou mais pessoas cujo seu relacionamento se justifica por ligação biológica, legal ou afetiva (*Institute for Family- Centered Care*, s.d.). A estrutura familiar do final do século XX passou de famílias múltiplas e extensas para famílias formadas por um só núcleo (o dos pais e dos filhos), famílias recompostas, famílias “não convencionais”, tais como, um cônjuge separado com os

filhos a cargo, pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós. Todas estas situações obrigam-nos a refletir não só nas diferenças das estruturas da família mas também nas funções, papéis, representações e relações entre os seus membros (Carvalho, 2009).

“Apesar destas alterações na estrutura e na dinâmica familiar, a função de cuidar está intimamente associada à família (...) independentemente da sua tipologia, ainda é o suporte por excelência da realização afetiva e efetiva do indivíduo, prestando um **suporte** (...) **informal**¹⁹” (Carvalho, 2009, p.78). Dos elementos da rede de apoio familiar, habitualmente, destaca-se uma pessoa que olha, apoia e cuida do idoso no seu dia-a-dia - o cuidador familiar - é aquele que cuida (do inglês *caregiver*: *care* + *give* = doador de cuidados) sem receber remuneração por isso envolvendo-se e participando nas AVD de quem está ao seu cuidado (*Family Caregiver Alliance*®, 2014). Frequentemente são as mulheres que assumem o papel de cuidador (filhas, mães, cônjuges, irmãs, noras) (Carvalho, 2009; Sequeira, 2010; Sarmento, Pinto & Monteiro, 2010). A família apresenta um papel preponderante na assistência e manutenção da pessoa idosa no seu contexto habitual (Sequeira, 2010). Segundo Collière, cuidador é aquele que presta cuidados

família e/ou os próximos empenhados em relações sociais e afectivas com a pessoa idosa; as prestadoras de cuidados institucionais dos serviços de cuidados domiciliários e outros. Esta distinção, que parece evidente, é importante para ter em consideração a diferença de natureza das relações emocionais, sociais e financeiras em jogo, assim como as suas implicações (Collière, 2003, p.349).

Mais desenvolvida na área da pediatria, principalmente nas últimas duas décadas, o conceito de **cuidado centrado na família** foi criado por Shelton, Jeppson e Johnson em 1987 e inclui os princípios da dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração (Green, 2008). A família e a equipa de saúde participam e colaboram numa parceria focada no cuidado e nas necessidades de cada pessoa, no sentido de proporcionar um cuidado integral e abrangente com qualidade (Green, 2008). Sendo a pessoa idosa e a família parceiros no cuidar, o cuidado é centrado nos pontos fortes dessas afinidades/relações e aumentam a

¹⁹ Suporte informal é um termo usado para caraterizar as relações entre os membros da família, dentro ou fora do núcleo familiar, ou seja, o suporte prestado pela família, amigos, vizinhos (Carvalho, 2009).

qualidade e a experiência do cuidar (*Institute for Patient- Family- Centered Care*, s.d.).

Todas as culturas têm presente o ato de **cuidar**, o que difere é a sua realização e a forma de o expressar. Cuidar é uma forma de ser, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade (Sequeira, 2010). Também Collière corrobora que cuidar é para cada pessoa, um ato individual prestado a si mesmo desde que se adquire autonomia “mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p.235).

“a variedade da natureza dos cuidados é determinada pela diversidade das finalidades a que esses cuidados têm de responder em relação ao que tem de ser adquirido..., desenvolvido..., readquirido..., compensado..., mantido..., ou para suprir o que falta de modo vital, temporariamente ou definitivamente” (Collière, 2003, p. 184).

Relativamente à prevenção de UP na pessoa idosa os **cuidados de compensação** são fundamentais pois asseguram as funções vitais consequentes do desgaste ou incapacidades sensoriomotoras, como por exemplo, a perda do controle dos esfíncteres ou das propriedades da pele (Collière, 2003). Os **cuidados de manutenção** da vida são os cuidados que “sustentam e por isso mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidade da vida quotidiana (...) permitem estar atento para evitar as perdas das aquisições realizadas em determinada etapa do desenvolvimento, assegurando a sua manutenção e o seu reforço” (Collière, 2003, p. 182). Estes são ainda complementares aos cuidados de compensação e requerem uma adequação ao estado da pessoa que está a ser cuidada (Collière, 2003).

“Cuidar de alguém implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados” (Sequeira, 2010, p.151). Esta situação requer experiência e sensibilidade, de forma a encarar todas as pessoas que cuidam, com potencialidade de se tornarem mais competentes e autónomas (Sarmiento et al, 2010). O papel do enfermeiro especialista é aqui fundamental, é necessário uma identificação das dificuldades e das necessidades de incentivo e ajuda, estar atento às relações familiares e sua interação com os profissionais de saúde, privilegiando a

colaboração na prestação de cuidados entre ambos, favorecendo o fortalecimento da aprendizagem e a mudança de comportamentos resultante da otimização do autocontrolo, autoestima e motivação (Sarmiento et al, 2010). Assim, cuidando dos “dadores de cuidados” o enfermeiro garante “a qualidade do seu desempenho, a preservação da saúde e do bem-estar da díade em interação (receptor/dador de cuidados)” (Sequeira, 2010, p.151).

2.4. Competências em enfermagem

As **competências** são fundamentais ao desenvolvimento pessoal e profissional, segundo Le Boterf (1994), isso reflete-se no saber agir, saber mobilizar recursos, saber comunicar, saber aprender, saber assumir responsabilidades, saber “engajar-se” e comprometer-se e ter visão estratégica. “A atualização daquilo que se sabe em um contexto singular (marcado por relações de trabalho, por uma cultura institucional, por eventualidades, imposições temporais, recursos...) é reveladora da “passagem” à competência. Esta realiza-se na ação” (Le Boterf, 1994, p. 16). A transferência dos saberes não é automática, a sua apropriação faz-se através do exercício e de uma prática reflexiva, pois estes momentos promovem a mobilização dos conhecimentos, transpondo-os, combinando-os, adaptando estratégias originais a partir de recursos já existentes mas que anteriormente não interagiam entre si (Perrenoud, 1999).

A OE, segundo o regulamento nº122/2011 descreve que os domínios: da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; da Melhoria Contínua da Qualidade; da Gestão dos Cuidados; e das Aprendizagens Profissionais são **competências comuns**²⁰ de enfermeiro especialista.

O Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (CMEMC), promovido pela ESEL, está estruturado nos domínios de competência de enfermeiro especialista definidos pela OE (2011):

⇒ Prestação de cuidados globais a pessoa Adulta e Idosa através de atividades centradas no cliente, que incluem avaliação inicial, interpretação dos dados,

²⁰ Competências comuns- são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2011);

planeamento e prestação de cuidados com ênfase no aconselhamento ao cliente e avaliação dos resultados; ⇒ Educação que propõe responder às necessidades de aprendizagem na área da saúde e bem-estar focada na pessoa Adulta e Idosa, prestadores de cuidados e população em geral; ⇒ Investigação através de uma atitude de pesquisa sistemática, incorporando os resultados numa prática baseada na evidência na prestação dos cuidados; ⇒ Liderança profissional que para além do contexto de prestação de cuidados invoca a promoção da enfermagem e a divulgação do conhecimento sobre cuidados de saúde; ⇒ Gestão na otimização da prática de enfermagem através do reconhecimento dos sistemas de apoio que visam contribuir para a elaboração e cumprimento de normas, assegurando a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de políticas de saúde.

Este curso de enfermagem avançado, promovido pela ESEL, preconiza como **competências de mestre** em enfermagem na área de intervenção à pessoa idosa:

⇒ Agir e intervir como enfermeira perita na prestação de cuidados, centrando os cuidados na pessoa adulta idosa numa perspetiva holística, baseados nos princípios de respeito e partilha, em diferentes contextos e níveis de prevenção, criando condições que garantam uma prestação de cuidados de qualidade, dinamizando a melhoria da qualidade dos cuidados através de formação dos pares, nas equipas multiprofissionais; ⇒ Agir e assumir um papel dinamizador, na capacitação da pessoa idosa/ família/cuidador na gestão do seu envelhecimento, doença ou dependência e também na construção e divulgação dos saberes ao nível da pessoa idosa e cuidadores.

O **grau de Mestre**, segundo o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, Decreto –Lei nº 115, é conferido a quem possuir:

- Conhecimentos (ao nível do 1.º ciclo) e os souber aplicar, demonstre capacidade de compreensão para desenvolver esses conhecimentos e os aprofundar, demonstre capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo e que em contexto de investigação ou outros contextos, esses conhecimentos e compreensão estejam na base para o desenvolvimento e ou implementações inéditas (DL n.º115/2013);

- “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos (...) incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (DL n.º115/2013, p.4761);
- Capacidade de comunicar as suas conclusões, e seus conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, ou outros profissionais, de uma forma explícita e sem ambiguidades (DL n.º115/2013);
- Competências que facilitem uma aprendizagem contínua, de um modo essencialmente auto-orientado ou autónomo (DL n.º115/2013).

Assim, a formação contínua em enfermagem está inerente às competências de ser enfermeiro (especialista e mestre) permitindo assegurar a excelência do exercício profissional mantendo a atualização contínua dos conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Código Deontológico do Enfermeiro, DL 104/98, art.º 88.º). Assim o enfermeiro assume a responsabilidade pela aprendizagem e pela preservação e manutenção das competências adquiridas; atua no sentido de desafiar as próprias necessidades de formação; e aproveitando as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribui para a melhoria contínua dos cuidados de saúde (Código Deontológico do Enfermeiro, DL 104/98, art.º 88.º; OE, 2005).

Sendo o objetivo central deste projeto o de desenvolver competências pessoais e dos pares e capacitar adultos, torna-se fundamental aprender em conjunto com os outros e promover aprendizagens significativas a todos aqueles que nele participarem. Isto impele à questão “como aprender e ensinar competências?”, segundo os autores Zabala e Arnau (2010), no seu quadro teórico, identificam fatores e características que contribuem para uma aprendizagem significativa (profunda e com sentido pessoal) fundamental à formação de adultos ⇒10

Princípios Psicopedagógicos:

1-Esquemas de conhecimento e conhecimentos prévios⇒Os esquemas são as representações que se tem de alguma coisa e os conhecimentos são o ponto de partida para a aprendizagem de uma coisa nova; 2-Vinculação profunda entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios⇒Em continuidade com o princípio

anterior, a aprendizagem faz-se quando é estabelecida uma relação concreta e não casual, com o que se sabe e um novo conteúdo; 3-Nível de desenvolvimento⇒ Depende daquilo que se sabe (estado cognitivo) que predispõe a uma nova aprendizagem; 4-Zona de desenvolvimento proximal⇒ Representa a distância do que se sabe daquilo que se quer aprender; 5-Disposição para a aprendizagem⇒ Para além das capacidades cognitivas devem estar presentes fatores vinculados às capacidades de equilíbrio pessoal, de relação interpessoal e de inserção social; 6-Relevância e funcionalidade dos novos conteúdos⇒ Para que um novo conteúdo seja considerado relevante tem de ter significado por si próprio; 7-Atividade mental e conflito cognitivo⇒ Este princípio psicopedagógico impõe um papel ativo e de protagonista a quem aprende, onde o desenvolvimento da atividade mental, não é mais do que o questionamento de uma representação prévia, que promove um conflito cognitivo e que leva à reconstrução de um novo significado; 8-Atitude favorável, sentido e motivação⇒ Para se aprender tem de haver uma atitude favorável com o objeto de aprendizagem, aquilo que se aprende tem de fazer/ter sentido no conjunto final do que se quer aprender e a motivação não deve ser (só) um meio, a motivação tem que ser a própria aprendizagem; 9-Autoestima, autoconceito e expectativas⇒ Em continuidade com o princípio anterior, para que exista uma atitude favorável à aprendizagem é necessário que associado às capacidades pessoais, às competências, e ao bem-estar pessoal, que são definidos por autoconceitos e conceitos de autoestima, também haja expectativas de alcançar o êxito; 10- Reflexão sobre a metacognição⇒ A capacidade de se refletir sobre a forma como se produz a própria aprendizagem faz com que esta seja mais profunda e significativa e facilite a aquisição de novas aprendizagens.

3. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia utilizada teve por base as cinco etapas da Metodologia De Projeto: Diagnóstico da situação; Definição de objetivos; Planeamento; Execução e avaliação; e Divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A primeira etapa, **diagnóstico da situação**, “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” (Ruivo et al, 2010, p.10). Uma vez identificado o facto de existirem pessoas idosas dependentes em casa e só haver uma solicitação de cuidados de enfermagem após a presença de UP foi realizada uma pesquisa bibliográfica para verificar as mais recentes medidas preventivas ao desenvolvimento de UP em idosos dependentes, em domicílio. A partir desta problemática foi iniciado o processo de pesquisa em literatura cinzenta, publicações periódicas, livros, em bases de dados eletrónicas via EBSCO, SCielo, foram incluídos apenas artigos em texto integral (*Full text*) com sistema de *peer review* e limitados temporalmente no período de 2000 a 2013. As palavras-chaves escolhidas e utilizadas para esta pesquisa foram: pessoa idosa (*elderly, frailty*), envelhecimento da pele (*skin aging, ageing skin*), e cuidados de enfermagem (*nursing care, nurse*), úlcera de pressão (*pressure ulcer*), prevenção (*prevention*).

A segunda etapa, **definição de objetivos**, revela os resultados que se pretendem alcançar com o projeto. As atividades que planeei permitiram desenvolver e aplicar os conhecimentos adquiridos e também os que necessitavam de ser mais explorados (Ruivo et al, 2010). Os objetivos gerais deste projeto foram: (1) *desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da prestação de cuidados à pessoa idosa e família*; e (2) *implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP, na pessoa idosa*. Sendo os objetivos específicos correspondentes: (1) *agir como enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa* e (2) *capacitar a família/cuidador na prevenção de UP da pessoa idosa; sensibilizar a equipa de enfermagem hospitalar na identificação da pessoa idosa em risco de fragilidade ou de desenvolver UP e o seu encaminhamento para a comunidade; desenvolver competências na equipa de enfermagem da comunidade na prevenção de UP*.

A terceira etapa da metodologia de projeto é o **planeamento**, ou seja, o mapa detalhado do projeto com a compilação dos objetivos, atividades, recursos e cronograma (Ruivo et al, 2010). Nesta etapa projetei o desenvolvimento do projeto em dois locais de estágio diferentes (hospital e uma ECCL) (ver Apêndice 3).

Algumas técnicas de aprendizagem foram planeadas, nomeadamente a criação de um **portefólio**²¹ para reunião de artigos encontrados nas pesquisas bibliográficas elaboradas durante a execução do projeto e no sentido de facilitar a reflexão na ação, para o registo de situações peculiares ou marcantes e/ou incidentes críticos. De forma a promover o pensamento reflexivo (metacognição) foram também essenciais a elaboração de um **diário de aprendizagem e estudos de caso**, instrumentos/estratégias que permitiram refletir as práticas através da escrita, sobre o que se viu fazer, como foi feito e como foi sentido (Melo & Raposo, 2007); a utilização da **observação**²² foi fundamental para caracterizar os prestadores e a prestação de cuidados.

A **Execução e Avaliação** são a quarta etapa da metodologia de projeto e consiste na realização do estágio, “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo et al, 2010, p.23). O estágio decorreu num serviço hospitalar de internamento de especialidades médicas (ver Apêndice 4) e em Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais especificamente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCL) (ver Apêndice 5).

A quinta etapa - a **Divulgação dos resultados** feita através da realização deste relatório, consiste em demonstrar a pertinência deste projeto e o caminho percorrido na resposta ao problema identificado inicialmente, assumindo um papel fundamental no desenvolvimento dos profissionais e melhoria dos serviços prestados (Ruivo et al, 2010).

²¹ Portefólio em educação, uma coleção organizada e planeada de trabalhos produzidos pelo estudante, ao longo de um determinado período de tempo, de forma a poder proporcionar uma visão alargada e detalhada dos diferentes componentes do seu desenvolvimento cognitivo, metacognitivo e afetivo (Valadares & Graça, 1998).

²² A observação direta visa descrever os componentes de uma dada situação (...) a fim de extrair tipologias desta, ou ainda permitir identificar o sentido da situação social por meio da observação participante (Fortin, 1999, p.241).

4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E SEUS RESULTADOS

Este projeto teve como objetivo implementar estratégias na prevenção de UP, desenvolvendo competências de enfermeira especialista médico-cirúrgico na vertente da pessoa idosa e mestre em enfermagem. Apresentando-se a descrição das atividades desenvolvidas e respetivos resultados em três perspetivas: sensibilização das equipas de enfermagem num serviço hospitalar e numa ECCI; e a capacitação dos cuidadores familiares.

4.1. Implementar estratégias na prevenção de UP

Através da execução das atividades propostas neste projeto pretende-se operacionalizar os saberes na ação e traduzir as aprendizagens que promoveram a “passagem” às competências (Le Boterf, 1994).

4.1.1. Sensibilizar a equipa de enfermagem hospitalar

Foram realizadas várias **reuniões** para divulgação formal do projeto e identificação das estratégias institucionais desenvolvidas no âmbito da prevenção de UP.

Em reunião com a Enfermeira representante do Grupo de Úlceras e Feridas do Hospital foi referida a existência no grupo de um ou dois enfermeiros de cada serviço, servindo estes de elos de ligação entre o grupo e os restantes enfermeiros dos serviços. Este grupo tem um papel ativo na dinamização das equipas de enfermagem relativamente à uniformização dos registos e diagnósticos de enfermagem, assim como dos tratamentos a implementar.

Os registos informáticos existentes e os protocolos de prevenção e intervenção referentes às UP foram planificados pelo Grupo e o hospital procurou aconselhamento junto do Grupo, para a aquisição de ajudas técnicas e superfícies de apoio para prevenção de UP. Porém, a alta da pessoa idosa em risco de desenvolver UP, sem lesões, não tem sido equacionada na referenciação para a comunidade, esta foi considerada uma situação pertinente a refletir em próximas reuniões de Grupo.

Realizada reunião com a Enfermeira da Equipa de Gestão de Altas (EGA)²³ do Hospital, que referiu que o processo de encaminhamento da pessoa idosa passava pela EGA se houvesse necessidade de referência através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)²⁴. Segundo esta responsável, este encaminhamento tem sido pouco frequente porque a população descreditou no SNS devido aos atrasos e escassas vagas para as Unidades da RNCCI, sendo estas referências último recurso familiar.

As equipas de enfermagem dos serviços hospitalares também desconheciam as diferentes tipologias disponíveis através da RNCCI, nomeadamente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECI)²⁵, o que dificultava a sua referência. Também a inexistência de um cuidador familiar tem sido um critério de exclusão para a referência para a ECI. Discutida a importância destas equipas na comunidade, como resposta à continuidade dos cuidados e como elos de ligação na tríade: hospital, RNCCI, comunidade. Foi agendada uma apresentação no Simpósio “o doente com AVC” a realizar a 31 Março de 2014, organizado por este hospital sobre as características dos cuidados assistenciais existentes no ACES (emergiu para além do projeto), título da comunicação: Articulação entre os cuidados de saúde primários/hospital).

Em reunião com a equipa de Enfermagem do serviço hospitalar foi solicitada a colaboração e participação dos enfermeiros para identificar as necessidades dos enfermeiros na articulação com as equipas de saúde na comunidade e descrever o

²³ A Equipa de Gestão de Altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades (...) na área de influência hospitalar (DL n.º 101/2006- Artigo 23.º).

²⁴ O objetivo geral da RNCCI é promover a prestação de cuidados continuados integrados (CCI) a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência (Decreto-Lei n.º 101/2006 – Artigo 4º).

²⁵ A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (...) equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários da RNCCI - (Destinadas a doentes em situação de dependência e que reúnem condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados que necessitam) (...) assegura, designadamente: a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa; b) Cuidados de fisioterapia; c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; e) Apoio na satisfação das necessidades básicas; f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária; g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (DL n.º 101/2006- Artigo 28.º).

processo de alta e posterior encaminhamento da pessoa idosa. Os enfermeiros demonstraram disponibilidade e concordaram com a pertinência do projeto.

No dia de admissão era preconizado, através do sistema informático de registo (*Glint*) o despiste de risco e era avaliado: o grau de dependência funcional (segundo Índice Barthel), o grau de risco de desenvolvimento de UP (segundo Escala de Braden), o risco de quedas (segundo Escala de Morse); identificado o cuidador familiar; reconhecidas as necessidades de apoio social (do cliente/cuidador). O programa informático hospitalar (*SAPE Uniform*), através dos protocolos de prevenção e intervenção pré-estabelecidos pelo Grupo de Úlceras e Feridas do Hospital, sugeria as intervenções de enfermagem adequadas à pessoa em risco (ver Apêndice 6).

Para caracterizar os cuidados prestados e valorizados pela equipa de enfermagem a nível de prevenção de UP foi feito o preenchimento de uma grelha: Caracterização dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem à pessoa idosa dependente e em risco de desenvolver UP (ver Apêndice 7). Pedida autorização à Direção do Hospital para aplicação da grelha, aos enfermeiros do serviço (Anexo I). Os enfermeiros consentiram e mostraram interesse em cooperar para validar a sua própria prestação de cuidados a nível de prevenção de UP.

A **observação participante** tornou-se um meio de conhecimento aprofundado dos comportamentos e perceções dos enfermeiros, assim como uma forma de validação da congruência entre o que diziam e o que faziam, sendo igualmente outra estratégia de aproximação com a equipa que permitiu a inclusão na prestação de cuidados de forma natural, em benefício do conhecimento do local de estágio e dos enfermeiros no seu contexto. Após observação na prestação de cuidados à pessoa idosa/família era preenchida a grelha, esta contemplava cinco temas gerais: Avaliação de risco; Cuidados à pele; Controlo da humidade; Controlo da pressão; Educação do cliente e cuidador.

Analisando os resultados obtidos, os enfermeiros valorizavam e prestavam cuidados à pele, controlavam a humidade e a pressão presentes. Na avaliação do risco e educação do cliente e cuidador foram detetadas algumas omissões: a Escala de Braden era avaliada e registada na admissão mas não era reavaliada ao longo do

internamento (as reavaliações do risco de desenvolvimento de UP não estavam definidas); o Índice de Barthel não era registado informaticamente, apenas se definia o grau de dependência no quadro geral de identificação dos clientes, na sala de passagem de turno, não se verificando reavaliações. Relativamente à educação da pessoa idosa e cuidador, os enfermeiros demonstravam respeito pela privacidade da pessoa e pediam o seu consentimento aquando da abordagem na prestação de cuidados mas a explicação dos procedimentos, o envolvimento da pessoa nos seus cuidados e ou a validação dos seus conhecimentos ou capacidades era descuidada.

Para promover o questionamento das práticas de enfermagem relativamente à prevenção de UP e facilitar a aquisição de *aprendizagens significativas* na prestação de cuidados foi necessário reconhecer inicialmente quais eram as *representações* e os *conhecimentos prévios* que a equipa de enfermagem hospitalar detinha (Zabala & Arnau, 2010) porque este era o ponto de partida para a aprendizagem de algo novo (o que é que os enfermeiros sabiam e o que queriam saber?).

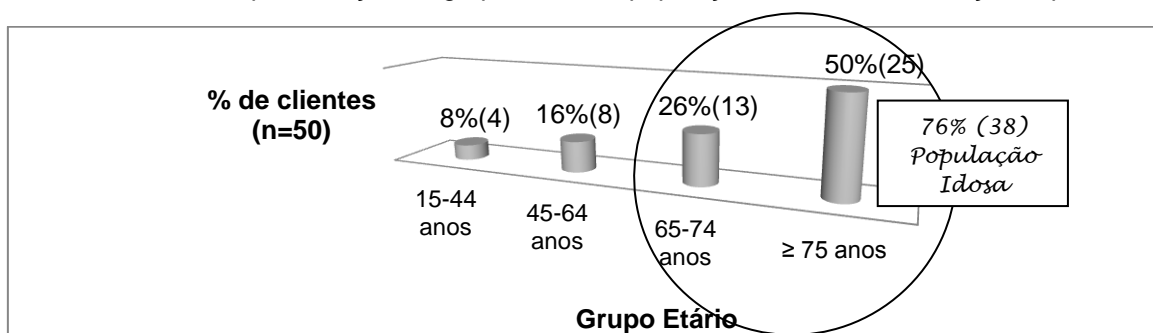
Com cada um dos enfermeiros foi revista a grelha, o que facilitou estabelecer uma relação concreta com o que os enfermeiros sabiam e um conteúdo novo, outro princípio psicopedagógico, o da *vinculação profunda entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios* (Zabala & Arnau, 2010). Esta estratégia contribuiu para a reflexão das práticas tendo sido essencial à formação dos pares na prestação de cuidados e efetivou a sensibilização da equipa de enfermagem hospitalar na implementação de estratégias na prevenção de UP a nível da prevenção primária e secundária.

No dia da alta era impressa a nota de alta de enfermagem, com o resumo do internamento e era pedido ao cuidador/família para a entregar na unidade de saúde da sua área de residência, quando existiam lesões e/ou quando eram necessários tratamentos. O processo de transferência e/ou a articulação era negligente, não assegurando nem garantindo a continuidade de cuidados (ver Apêndice 8). A necessidade de ser cuidado não implica a existência de doença (Collière, 2003) e torna-se uma prioridade, identificar e sinalizar as pessoas idosas em risco de desenvolver UP quando regressam ao seu domicílio, pelo risco de se “perderem” e pelo desconhecimento da sua existência pelas Equipas de Saúde na Comunidade.

Justificando a necessidade de articulação entre equipas foram valorizados e anunciados numa **ação de formação** (referida mais adiante) os enunciados descritivos dos **padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem** (OE, 2012): a procura permanente da excelência no exercício profissional, promoção da saúde, a prevenção de complicações e a readaptação funcional. Assim, o enfermeiro ao identificar a pessoa idosa dependente internada, em risco de desenvolver UP pela sua situação clínica e/ou na presença de outras alterações (perturbações alimentares, do sono e/ou da eliminação, entre outros) tem de garantir a continuidade dos cuidados, assumindo a sua **tomada de decisão**²⁶, promovendo a articulação entre serviços através da **referenciação**: ajudando a atingir o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações e desenvolvendo processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde da pessoa idosa internada mas com alta programada. O internamento serve para responder a uma situação aguda de doença mas os problemas reais ou potenciais identificados na pessoa idosa podem permanecer (e permanecem na maioria dos casos).

Também foi demonstrada a necessidade da referenciação da pessoa idosa após a alta hospitalar, por caracterização da população internada neste serviço. Dos cinquenta clientes internados, 56% (28) representavam o sexo feminino e 44% (22) representavam o sexo masculino.

Gráfico 1: Representação do grupo etário da população internada no serviço hospitalar



Quanto ao grupo etário (Gráfico 1) pode constatar-se que 76% (38) dos clientes tinham mais de 65 anos, o que revela uma percentagem significativa da

²⁶ A tomada de decisão do enfermeiro faz parte do exercício profissional autónomo e implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem na pessoa, família ou comunidade e prescreve intervenções de enfermagem (intervenções autónomas) de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2012)

população idosa, sendo este facto favorável à aplicação deste projeto.

O Índice de Barthel (Apêndice 15 ver Anexo I) permite identificar os determinantes do comprometimento das ABVD, de forma global através da pontuação total (Gráfico 2) ou parcelar através das ABVD (Gráfico 3).

Gráfico 2: Representação do nível de dependência, segundo Índice de Barthel, da população idosa no serviço de internamento hospitalar

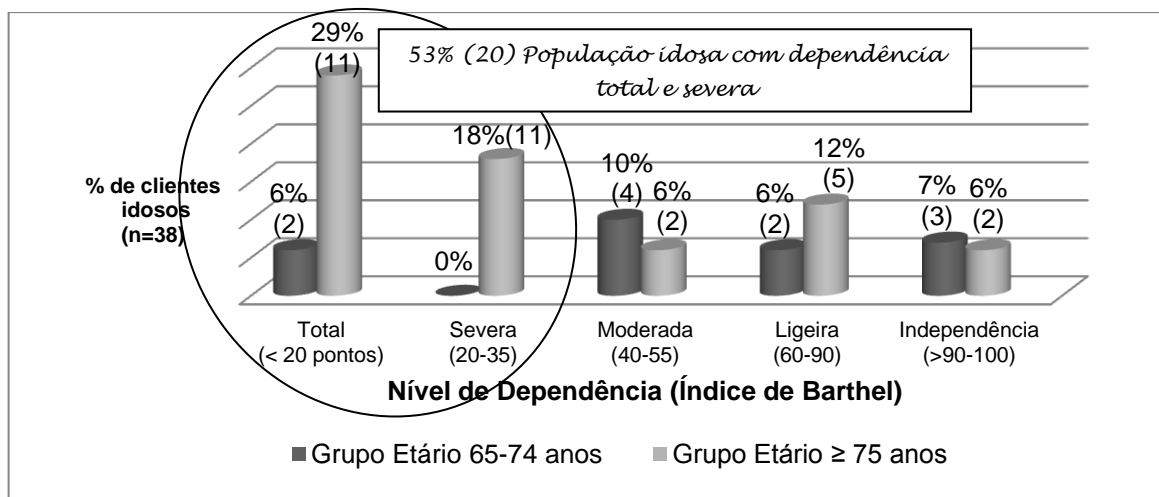
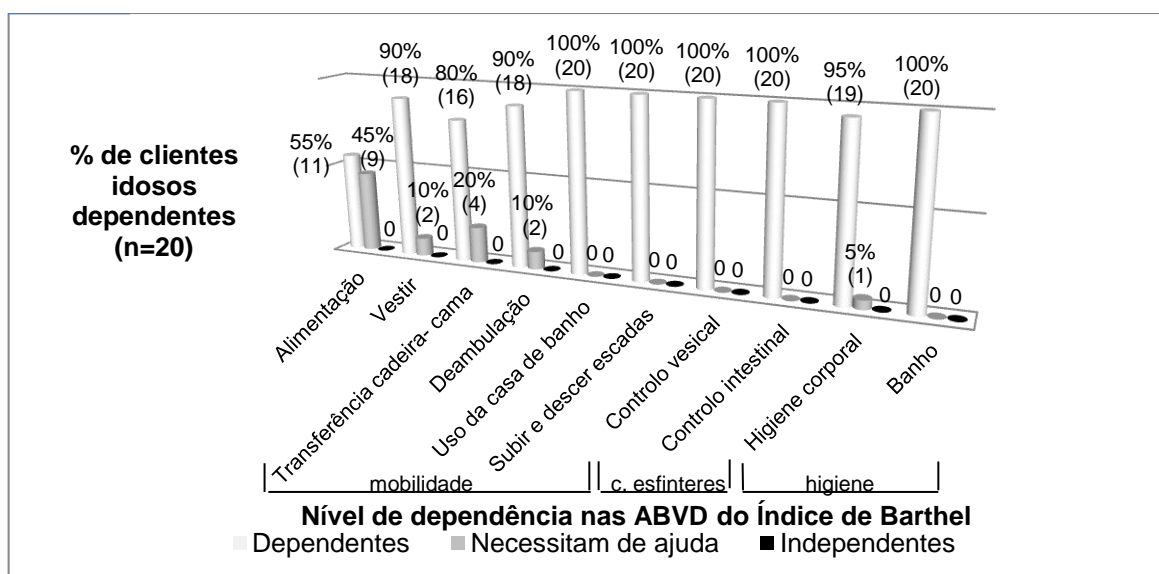


Gráfico 3: Representação do nível de dependência nas ABVD, de população idosa dependente, segundo Índice de Barthel, no serviço de internamento hospitalar



Segundo Sequeira (2010), o Índice de Barthel sugere que as ABVD manifestam uma natureza multidimensional podendo ser organizadas em três domínios: a **mobilidade** (que inclui todas atividades que requerem mobilização/articulação dos membros superiores e/ou inferiores: Alimentação, Vestir,

Uso da casa de banho, Subir escadas, Transferência cadeira- cama, Deambulação); a **higiene** (que inclui as atividades: Banho, Higiene corporal) e o **controle de esfíncteres** (que inclui as atividades: Controlo vesical, Controlo intestinal).

Foi constatado que dos 38 clientes idosos com mais de 65 anos, 53% (20) eram total e severamente dependentes, segundo o Índice de Barthel (Gráfico 2). A dependência apresentada por estes idosos, de forma parcelar (Gráfico 3) demonstra que a atividade alimentação representava a menor percentagem de dependência no domínio da mobilidade e que os domínios do controlo de esfíncteres e higiene representavam a maior percentagem de dependência.

Mais uma vez se revela a importância dos cuidados de enfermagem e a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A avaliação da capacidade funcional do idoso e a determinação do seu grau de dependência em cada ABVD, promove a identificação das aptidões e limitações da pessoa idosa, facilitando a intervenção de medidas preventivas, estimulando e desenvolvendo a mobilidade nessas atividades, mantendo as capacidades existentes facultando a justificação para a manutenção de cuidados no domicílio.

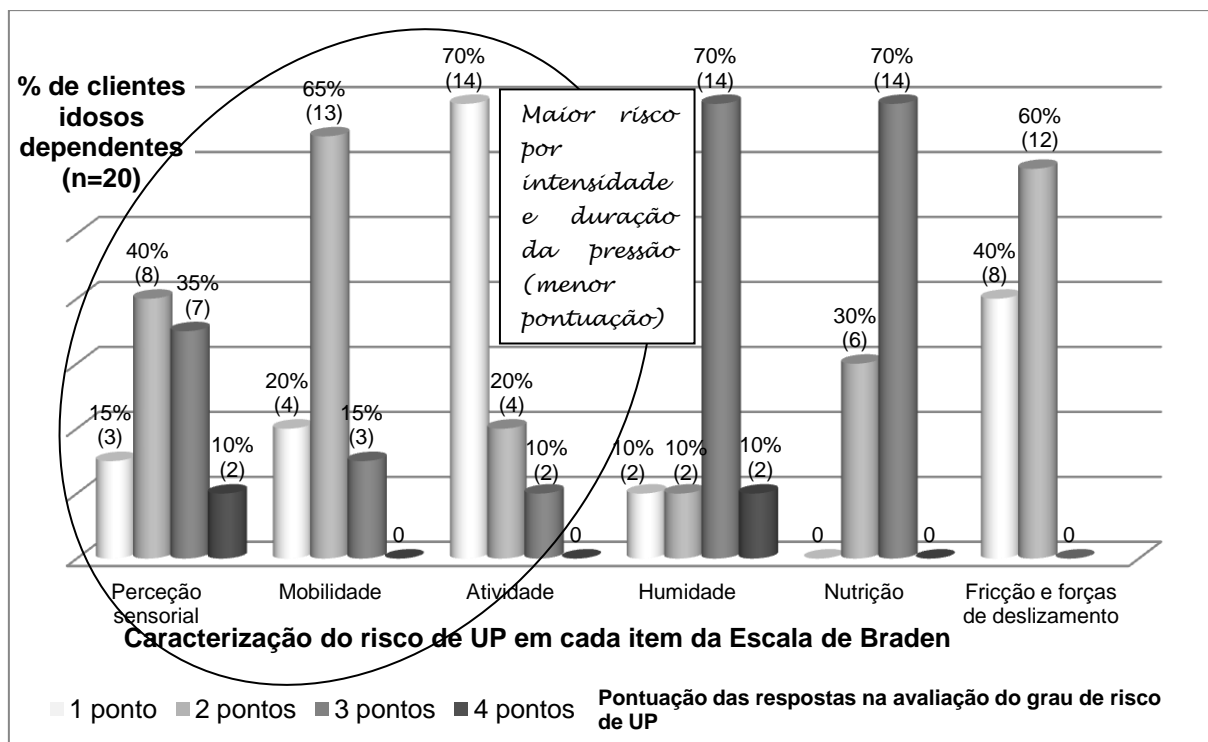
A Escala de Braden (Apêndice 15 ver Anexo II) é um instrumento de avaliação de risco de desenvolvimento de UP, amplamente divulgado e recomendado pelas principais *guidelines* internacionais (EPUAP & NPUAP, 2009; NICE, 2005, 2014, 2014; WOCN, 2010; Ayello, 2012) e preconizado a nível nacional pela Orientação da DGS nº 17 (DGS, 2011) que aconselha o seu uso em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e da necessidade em cuidados de saúde.

Ao grupo de clientes idosos dependentes (n=20) foi feita a avaliação do risco de UP, através da Escala de Braden e a totalidade apresentava alto risco de desenvolvimento de UP (pontuação total \leq a 16 pontos). A Escala de Braden pode ser interpretada de forma global (\leq 16: alto risco e \geq 17: baixo risco) ou parcelar (esta escala centra-se em dois principais fatores no desenvolvimento de UP: a **intensidade e duração da pressão** que se relacionam com os itens da perceção sensorial, mobilidade e atividade; e a **tolerância tecidual** à pressão que se

relaciona com a humidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento) (Ferreira et al, 2007).

No Gráfico 4 pode-se observar o risco de desenvolvimento de UP, segundo Escala de Braden.

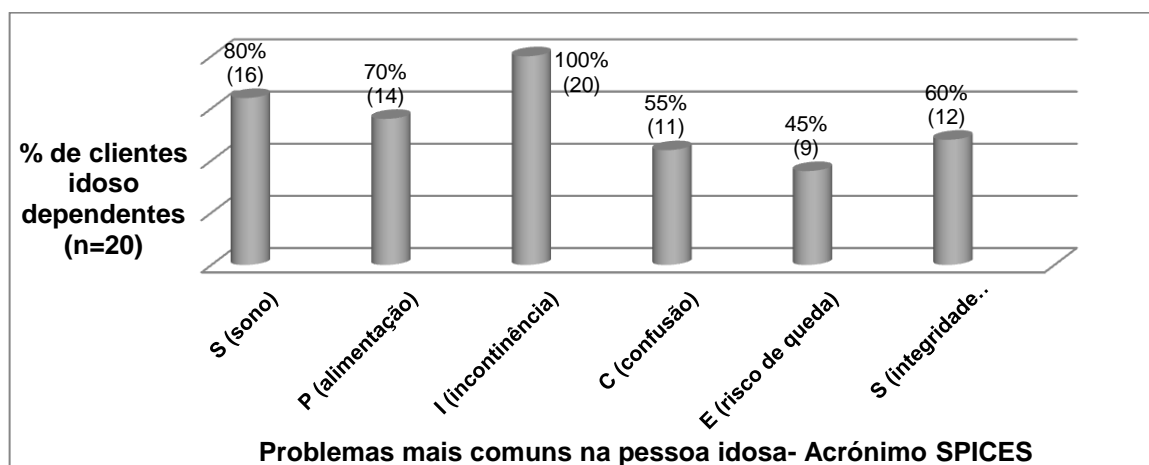
Gráfico 4: Caracterização do risco de desenvolvimento de UP, segundo a Escala de Braden, da população idosa dependente, no serviço de internamento hospitalar



Segundo o gráfico 4, este grupo de clientes idosos dependentes apresentaram maior risco de desenvolvimento de UP, pela presença da **intensidade e duração da pressão** porque o nível de atividade era muito reduzido: 70% (14) estavam “acamados”, 20% (4) tinham a marcha gravemente afetada e apenas 10% (2) tinham “marcha ocasional”. A mobilidade também era muito limitada: 65% (13) estavam “muito limitados” e 20% (4) “completamente imobilizados”. Em termos de percepção sensorial 90% (18) tinham limitações na sensibilidade: 15% (3) “completamente limitado”, 40% (8) “muito limitado”, 35% (7) e “ligeiramente limitado”, o que intensifica e justifica a vigilância e avaliação diária, nestas pessoas idosas, relativamente à presença de pressão e suas consequências.

No Gráfico 5 representa-se os problemas mais comuns na pessoa idosa, segundo o acrónimo SPICES.

Gráfico 5: Representação dos problemas mais comuns na pessoa idosa, segundo o acrónimo SPICES, da população idosa dependente, no serviço de internamento hospitalar



Para a avaliação do fenómeno da fragilidade foi utilizado o instrumento SPICES (Anexo II) e procedeu-se a uma avaliação dos itens do acrónimo (Gráfico 5), havendo evidência de alterações em todos os itens (mais de 50%): **S**leep disorders - perturbações do sono, 80 % (16) apresentavam alterações, nomeadamente, insónia, dificuldade em adormecer, acordar muitas vezes durante a noite, sonhar em demasia; **P**roblems with eating or feeding - alterações alimentares, as mais frequentes foram: falta de apetite, recusa alimentar, náuseas e vómitos, dentição insuficiente, 20% (4) apresentava alimentação entérica por sonda nasogástrica; **I**ncontinence - incontinência de esfínteres representada por 100% (20) dos idosos, 35% (7) algaliados e 65% (13) com fralda; **C**onfusion – confusão, 55% (11) tinha períodos de confusão, 35% (7) tinham diagnóstico de demência e/ou Doença de Alzheimer; **E**vidence of falls - risco de queda representado por 45% (9) das pessoas idosas dependentes, estando estas identificadas por alto-risco e “sinalizadas” por um código colorido de alerta protocolado no serviço; **S**kin breakdown - Alterações de integridade cutânea presentes em 60% (12) dos idosos, designadamente, 5% (1) lesões fúngicas, 10% (2) lesões por humidade excessiva e 45% (9) por presença de UP.

Foi realizada uma **ação de formação** (Apêndice 11), referida anteriormente, para a equipa de enfermagem de forma a compilar os pontos de interesse encontrados na prestação de cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade:

- Enfatizada a importância da avaliação do Índice de Barthel e recomendada a avaliação na admissão, sempre que haja alteração do estado de saúde da pessoa internada e na alta - através da diferença das pontuações globais ou parcelares, pode ser verificada a melhoria ou a deterioração do estado funcional da pessoa idosa (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007);

- Enfatizada a importância da avaliação da escala de Braden, recomendada reavaliação do risco de desenvolvimento de UP, de 48 em 48 horas em internamentos hospitalares (DGS, 2011);

- Justificada a referenciação entre o hospital e a comunidade, como forma de garantir a continuidade da prestação de cuidados, promovendo a adaptação individual e familiar na comunidade. Legitimando os cuidados de manutenção, na pessoa idosa dependente, na presença ou não de cuidados de reparação, defendidos por Collière (1999, 2003);

- Esclarecimento acerca da organização dos novos ACES, nomeadamente do ACES da área de influência do hospital, e as diferenças entre as diferentes Unidades Funcionais de Saúde, as suas designações e respetivos cuidados assistenciais (Emergiu para além projeto);

- Também foi efetivada a distinção das duas diferentes vias para a articulação entre o hospital e a comunidade: entre serviços (contacto direto entre hospital e comunidade, que se designa por visitas domiciliares) ou através da RNCCI (contacto indireto entre hospital e comunidade efetuado através de referenciação do serviço hospitalar, entre a EGA e a RNCCI, para as ECCI na comunidade, que se designa por cuidados continuados integrados²⁷). Enfatizada esta referenciação, principalmente quando existem fatores de risco que justificam uma complexidade de cuidados, não só de saúde mas também sociais;

-Fornecida à equipa de enfermagem o acrónimo SPICES (Anexo II), em formato de **poster**, para facilitar a deteção precoce da síndrome de fragilidade da pessoa idosa e a identificação de alguns problemas de saúde comuns na pessoa idosa (despiste rápido de declínio funcional), promovendo uma sistematização das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados, bem como no registo da

²⁷ «Cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social; (DL n.º 101/2006- Artigo 3.º).

nota de transferência de enfermagem, revelando a pertinência da continuidade dos cuidados de enfermagem em domicílio (Wallace & Fulmer, 2007);

-Para a articulação direta entre serviços hospitalar e comunitário foi fornecido outro contributo para a equipa de enfermagem que consistiu em duas representações, também em formato de **poster**: Esquema de articulação com o ACES (Apêndice 12) e ainda, Esquema de contactos preferenciais do ACES (telefónicos e correio eletrónico), representadas pelas enfermeiras coordenadoras de cada unidade correspondente (Apêndice 13). Estes dados foram cedidos pela enfermeira Chefe que integra o Conselho Clínico do ACES da área de influência do Hospital e a sua reprodução foi permitida para divulgação interna dos serviços hospitalares, o que finalizou um projeto de articulação comunidade-hospital que tinha sido iniciado entre ACES/Hospital (emergiu além do projeto).

No desenvolvimento autónomo das aprendizagens profissionais foi realizado um **estudo de caso**²⁸ (Apêndice 9) que possibilitou identificar e caraterizar a pessoa idosa e família no seu contexto e no contexto de um fenómeno, tendo sido escolhido o da fragilidade. A deteção precoce das síndromes geriátricas, nomeadamente a fragilidade, torna-se fundamental, para prevenir alterações de saúde na pessoa idosa e impedir desnecessárias iatrogenias²⁹, promovendo a manutenção da funcionalidade dos mais idosos. Descrever o fenómeno da fragilidade através da evidência científica atual e reconhecer as suas manifestações, quer pela sintomatologia apresentada, quer pela forma como a pessoa idosa/cuidador/família a vive e se adaptou, facilitou a sistematização das intervenções e permitiu uma reflexão da prestação de cuidados tanto a nível pessoal, como profissional através da partilha e formação dos pares. O estudo de caso possibilita o “aluno: pessoa considerada em processo contínuo, de descoberta de seu próprio ser, com objetivo último de auto-realização ou o uso pleno de suas potencialidades e capacidades” (Bocchi, Pessuto & Dell’aqua, 1996, p.102).

Para intervir através da prestação de cuidados foi fundamental conhecer cada

²⁸ Estudo de caso – “pode ser discutido sobre três enfoques: como modalidade assistencial, de ensino e de pesquisa (...) modalidade assistencial reserva-se principalmente a alunos, com a finalidade principal de favorecer o ensino-aprendizagem no campo de estágio (Bocchi, Pessuto & Dell’aqua, 1996, p.100)

²⁹ Iatrogenias: Obtenção simultânea de vários resultados de saúde adversos: incapacidade, declínio funcional (morbidez), queda, hospitalização, institucionalização e morte (Bergman et al, 2007).

pessoa idosa “conhecer melhor para melhor cuidar” (Collière, 2003, p.101): os seus hábitos, raízes, as suas limitações funcionais e capacidades físicas e mentais, os seus objetivos de vida, as suas crenças, os seus apoios sociais, “todas essas “pequenas coisas” da vida, aquelas que, para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes” (Hesbeen, 2000, p.47). Isto só foi possível, através do **Instrumento de colheita de dados** (Apêndice 10) construído na Unidade Curricular de Enfermagem Avançada, adaptado em estágio e que permitiu reunir o que se sabia da pessoa, do meio que a rodeava e a da história da doença e assim participar na prestação de cuidados e na formação dos pares.

4.1.2. Desenvolver competências na equipa de enfermagem na comunidade

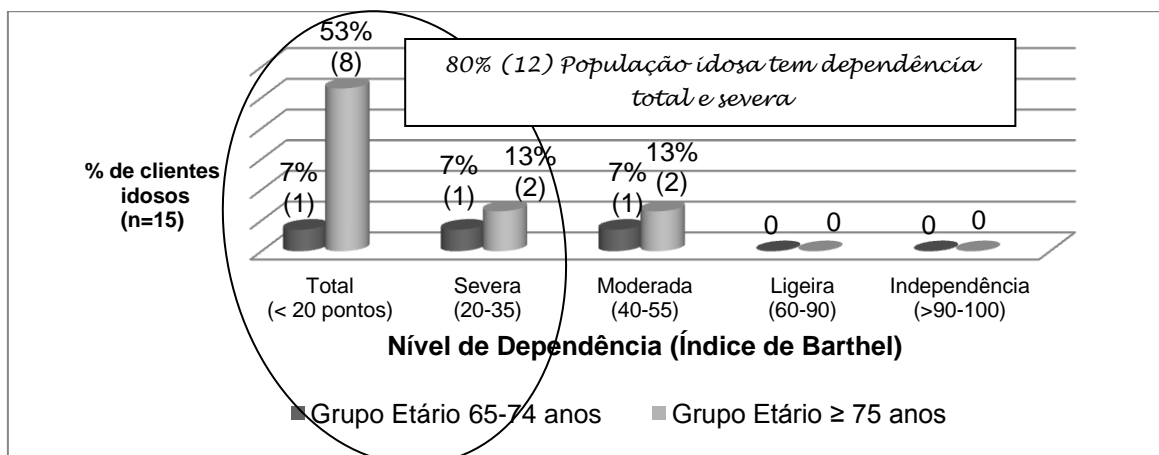
Para divulgação formal do projeto, foi realizada **reunião** com a equipa de enfermagem da ECCI e solicitada a colaboração desta para o desenvolvimento do projeto através do envolvimento, participação e partilha na prestação de cuidados aos seus clientes. A receção a este pedido foi positiva, foi demonstrado interesse pelo projeto e expectável a aquisição de contributos para melhorar a performance da equipa mas simultaneamente preocupada (haveria disponibilidade, nesta fase de construção e consolidação pessoal e na equipa, para novas aquisições e novos instrumentos?).

Foram identificados os instrumentos de avaliação e colheita de dados utilizados pela equipa de enfermagem na identificação da pessoa idosa em risco, que consistiam nos instrumentos cedidos na plataforma da RNCCI (Anexo III) e que se denominam: “Avaliação de Enfermagem” - nota de enfermagem e identificação de diagnóstico e intervenções de enfermagem; “Avaliação do Risco de Desenvolvimento de UP”- aplicação a Escala de Braden; “Avaliação Biopsicossocial” - aplicação do Instrumento de Avaliação Integral (IAI); “Avaliação da Dor” – aplicação da escala das faces e registo de observações e descrição de características pertinentes; “Avaliação do Estado da UP” - classificação de UP e monitorização das características da UP e a sua cicatrização. Para a equipa de enfermagem todas estas avaliações registadas na plataforma da RNCCI eram insuficientes não facilitando a prevenção de UP na prestação de cuidados ao idoso/família.

De seguida apresenta-se a caraterização da população desta ECCI. Os

clientes da ECCI eram maioritariamente do sexo feminino com 60% (9) e o grupo etário predominante era dos maiores de 75 anos com 80% (12) e 20% (3) representavam o grupo etário dos 65-74 anos.

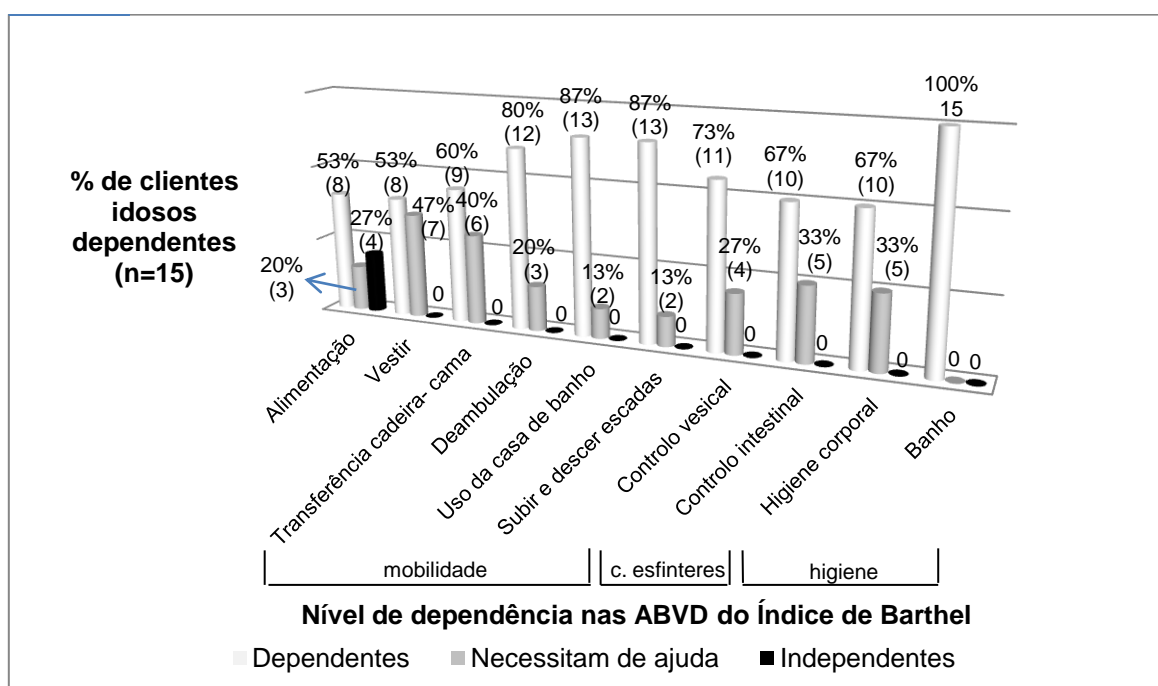
Gráfico 6: Representação do nível de dependência da população idosa, segundo Índice de Barthel, na ECCI



Em termos de dependência, segundo o Índice de Barthel, a população apresentava cerca de 80% (12) de dependência total e severa e 20% (3) de dependência moderada (Gráfico 6).

No gráfico 7 representa-se o nível de dependência nas ABVD, segundo Índice de Barthel.

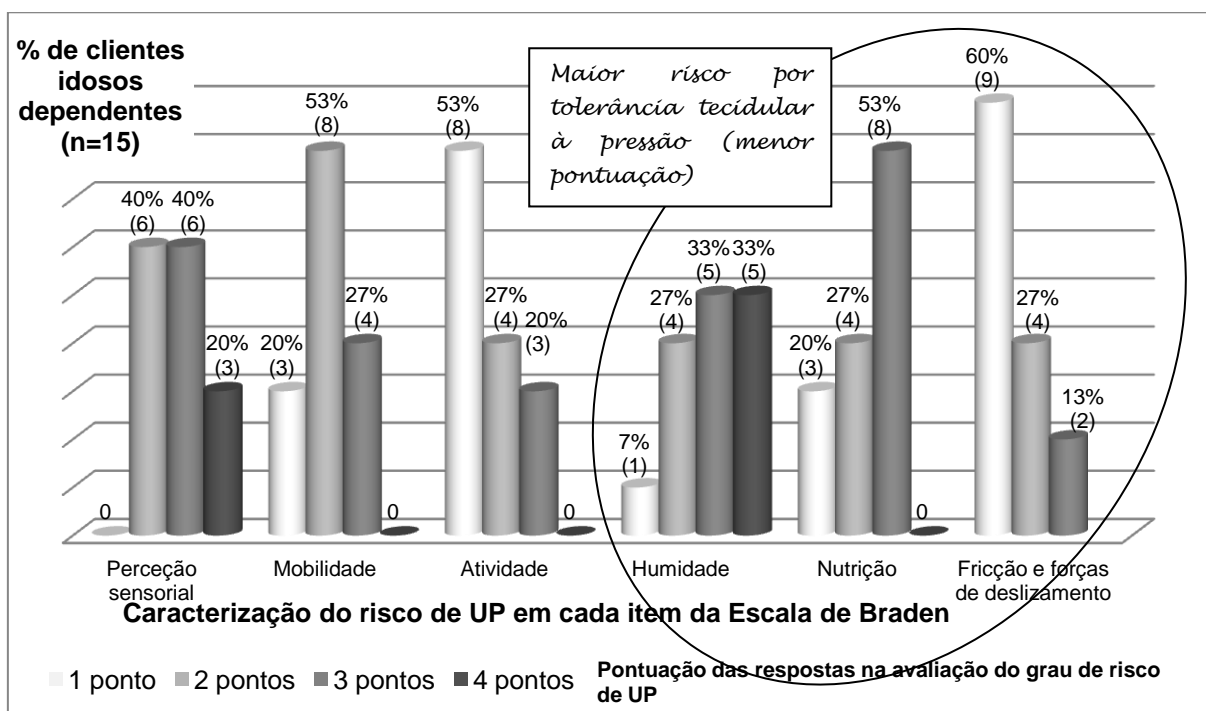
Gráfico 7: Representação do nível de dependência nas ABVD, da população idosa dependente, segundo Índice de Barthel, na ECCI



Relativamente, às ABVD (Gráfico 7) na atividade alimentação verificava-se 27% (4) de independência. Em todas as ABVD a presença de dependência era superior a 50%: alimentação e vestir (53%), transferência (60%), controlo intestinal e higiene corporal (67%), controlo vesical (73%), deambulação (80%), uso da casa de banho e subir e descer escadas (87%) e tomar banho (100%). Importa sublinhar que estes idosos “necessitam de ajuda” em todas as ABVD, excepto no tomar banho, o que revela que esta atividade é uma das primeiras a ser perdida... por substituição (ver Apêndice 14). O item “necessitam de ajuda” demonstra ainda existência de capacidades da pessoa idosa que se devem manter e estimular - estas foram as intervenções mais comuns aplicadas na prestação de cuidados às pessoas idosas em ECCI, justificando a implementação de medidas estratégicas para prevenir todas as formas de imobilidade e assim prevenir UP.

Na avaliação de risco de desenvolvimento de UP, segundo a Escala de Braden, 87% (13) apresentavam alto risco e 13% (2) baixo risco. Nos itens da Escala de Braden (Gráfico 8) o maior risco nestes clientes relacionava-se com a **tolerância tecidual** à pressão porque a maioria dos idosos apresentava menor pontuação nos itens: forças de deslizamento e fricção, nutrição e humidade.

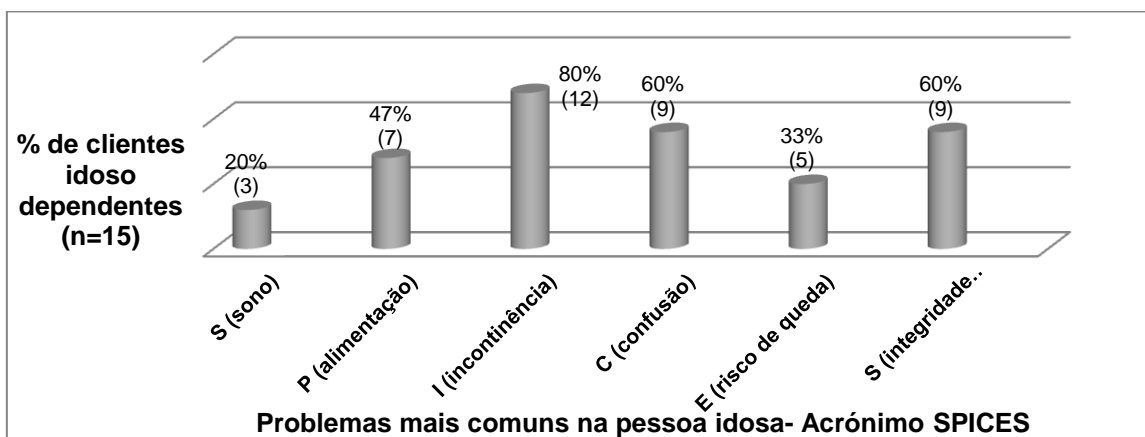
Gráfico 8: Representação do risco de desenvolvimento de UP, segundo a Escala de Braden, da população idosa dependente, na ECCI



As forças de deslizamento e fricção eram um problema em 60% (9) das situações; a nutrição era inadequada em 20% (3) e provavelmente inadequada em 27% (4) dos idosos em ECCI, ou seja, cerca de 47% (7) tinham uma alimentação desajustada; e a humidade estava presente em 7% (1) das situações. Também a atividade era um fator de risco fulcral, 53% (8) representavam idosos acamados cuja sua atividade era reduzida; a pouca mobilidade era evidente, 20% (3) das pessoas estavam completamente imobilizadas e 53% (8) com a mobilidade muito reduzida, isto representava 73% (11) de pessoas idosas com limitação na mobilidade.

No Gráfico 9 representa-se os problemas mais comuns na pessoa idosa, segundo o acrónimo SPICES.

Gráfico 9: Representação dos problemas mais comuns na pessoa idosa, segundo o acrónimo SPICES, da população idosa dependente, na ECCI



Através do acrónimo SPICES, a caracterização dessas alterações encontra-se resumida no Gráfico 9:

- A incontinência era a perturbação mais comum, presente em 80% (12) da população da ECCI. 33% (5) estavam algaliados e 47% (7) utilizavam fralda, sendo as principais causas deste facto a redução da atividade funcional resultante da sua situação clínica;
- As alterações da integridade cutânea estavam presentes em 60% (9) das pessoas idosas e eram representadas por UP de origem hospitalar ou domiciliária, sendo estas, um dos principais motivos de referência para a ECCI, devido à complexidade da intervenção de cuidados de enfermagem. Mais uma vez aqui se reforçou a importância deste projeto: a perda de integridade cutânea resultante de vários fatores que interagem entre si dificultava e justificava a complexidade das

intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente e família;

-Também a confusão estava presente em 60% (9) dos casos. Em 53% (8) de forma permanente devido a diagnóstico de demência e temporária num caso particular, 7% (1), por diagnóstico de metástases cerebrais;

- Representada em 47% (7) das pessoas idosas da ECCL, a perturbação alimentar era um problema real. Esta alteração relacionava-se em 7% (1) com a perda de apetite e recusa alimentar consequentes à presença de dor, em 13% (2) pela presença concomitante de dor e situação demencial e em 27% (4) por agudização do estado demencial.

A dor era a origem de algumas destas alterações no idoso, presente em 47% (7) dos casos: 20% (3) relativas às perturbações do sono e da alimentação e 27% (4) relativas à redução de atividade e mobilidade. A avaliação da dor está entre as recomendações internacionais para despiste precoce de UP e por isto se justificou a introdução deste instrumento de Avaliação da dor no processo individual da pessoa idosa em ECCL (ver Apêndice 16) (que emergiu para além do projeto).

Este estágio veio fortalecer e consolidar os saberes adquiridos durante o curso, reforçando a formação contínua através da autoformação e da procura incessante da excelência, de forma a alcançar os objetivos propostos. Esta procura foi concretizada através de pesquisa bibliográfica baseada na investigação atual, nas bases científicas disponíveis, inclusive as bases de dados específicas à pesquisa geriátrica e gerontológica em enfermagem, e organismos internacionais, tais como: *Hartford Institute for Geriatric Nursing*, designadamente NICHE (*Nurses Improving Care for HealthSystem Elders*), *National Institute on Aging*, *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), *Agency for Healthcare research and quality* (AHRQ), *National Guideline Clearinghouse* (NGC), *Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society* (WOCN), *National Institute for Care Excellence* (NICE).

A construção do **portefólio** e a procura permanente da excelência no exercício profissional, através da evidência científica atual, permitiram a criação de um processo de **tomada de decisão**, focalizado na prevenção da UP na pessoa idosa, em casa. Os resultados da investigação pesquisados foram-se incorporando na implementação das intervenções e sustentaram a produção de um Caderno de

Linhas Orientadoras (Apêndice 15) para uma boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constituindo uma base estrutural importante, promovendo discussão na equipa e reflexão de cada elemento favorecendo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, nesta ECCI.

Construído e cedido, como contributo deste estágio, o Caderno de Linhas Orientadoras encontra-se dividido em três partes: Linhas Orientadoras de Prevenção de UP; Linhas Orientadoras de Prevenção de UP segundo o Índice de Barthel; Linhas Orientadoras de Prevenção de UP segundo a Escala de Braden. Estas linhas orientadoras para prevenção de UP, respeitam as recomendações internacionais já descritas, incluem instrumentos/ferramentas necessárias a uma avaliação detalhada, contemplam, através de folhetos temáticos, um complemento ao processo formativo de capacitação da pessoa idosa e cuidadores e ainda encontram resposta à necessidade de intervir preventivamente na estimulação da mobilidade e desenvolvimento da funcionalidade da pessoa idosa em risco desenvolver UP nas recomendações de intervenções preventivas nos vários itens que compõem o Índice de Barthel e a Escala de Braden.

Este Caderno de Linhas Orientadoras permitiu a construção de um Processo Individual De Enfermagem (PIE) (Apêndice 16) (que emergiu para além do projeto), para cada cliente da ECCI, proporcionando uma avaliação multidimensional: que facilita o despiste de risco de perda da integridade cutânea e que documenta todas as avaliações de risco efetuadas num contexto de prevenção de UP (Ayello & Sibbald, 2008, 2012; EPUAP & NPUAP, 2009; Ayello, 2012; NICE, 2005, 2014).

A utilização do PIE pode facilitar: detetar precocemente fatores de risco, identificar as necessidades na prestação de cuidados à pessoa idosa, caraterizar os itens mais alterados das escalas de avaliação e identificar e implementar as medidas preventivas pertinentes e adequadas a cada cliente; identificar e caracterizar a pessoa idosa em risco da síndrome de fragilidade e de desenvolvimento de UP, prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, de acordo com os problemas mais comuns na pessoa idosa, nomeadamente, nas perturbações do sono, alterações da nutrição, incontinência, estados confusionais, risco de quedas e presença ou risco de UP.

O Apêndice 16 demonstra como é constituído o PIE, os instrumentos/ferramentas estão identificadas e apresentam um resumo sobre a sua origem e aplicabilidade, estes designam-se por: 1.Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de UP; 2. Projeto de cuidados; 3. Índice de Barthel 4.Escala de Braden, 5.Avaliação da Pele, 6.Avaliação da Dor, 7.Avaliação Nutricional, 7.1.Mini Nutritional Assessment (MNA®), 7.2.Mini Nutritional Assessment- Short-form (MNA®-SF), 8. Grelha de caracterização dos cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente, 9.Grelha de identificação e caracterização dos cuidadores e foram utilizados nas visitas aos clientes da ECCI durante a prestação de cuidados pelos elementos da equipa de enfermagem, para facilitar a operacionalização das ferramentas e instrumentos reunidos no Caderno de Linhas Orientadoras, e posteriormente à sua aplicação foram aferidas algumas dúvidas, nos conteúdos e/ou na sua aplicabilidade, alguns dados permaneceram, outros foram retirados, de forma a simplificar a colheita de informações centradas na pessoa idosa e cuidadores, transformando esses momentos enriquecedores para benefício da própria implementação de medidas preventivas através dos instrumentos utilizados como também na formação profissional de cada um.

A **observação participativa** manteve-se como uma técnica fundamental durante o estágio porque facilitou a participação no dia-a-dia da ECCI, equipa multidisciplinar e de enfermagem, observando as pessoas e as situações que surgiam e a forma como se comportavam, podendo posteriormente através do diálogo compreender a interpretação que davam aos acontecimentos observados. Esta observação acontecia tanto na prestação de cuidados como nas reuniões semanais entre a equipa multidisciplinar da ECCI. Nestas reuniões construía-se um processo multidisciplinar - Processo Individual De Cuidados Continuados³⁰ (PICC) com informação pertinente da pessoa idosa/família por parte de todos os profissionais e a partir daí procedia-se à elaboração do Plano Individual De Intervenção³¹ (PII) de cada cliente. Através do PIE, processo exclusivo de enfermagem (referido anteriormente) e com as avaliações efetuadas do risco da

³⁰ PICC - conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados (DL n.º 101/2006- Artigo 3.º, p. 3857).

³¹ PII - conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais (DL n.º 101/2006- Artigo 3.º, p. 3857).

pessoa idosa dependente, proporcionaram-se momentos de partilha e discussão em equipa favorecendo a formação pessoal e profissional de todos os envolvidos.

Perante a dificuldade de avaliar o estado ponderal da pessoa idosa acamada no domicílio (ver Apêndice 17) devido aos impedimentos: no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (pela impossibilidade na avaliação do peso e altura real da pessoa idosa), na medição da prega cutânea subescapular (pela inexistência de adipómetros nos serviços e ao elevado custo em adquiri-los), na avaliação bioquímica (por poder estar comprometida na pessoa idosa devido à existência de doenças concomitantes que impelem inevitavelmente alterações dos valores analíticos).

Feita nova pesquisa que foi acompanhada pela equipa de enfermagem da ECCI, da qual resultou um instrumento de avaliação nutricional, rápido, não invasivo e não dispendioso: o Mini Nutritional Assessment- MNA® - Mini Avaliação Nutricional (ver Apêndice 16) e a sua forma reduzida: Mini Nutritional Assessment-Short-Form - MNA®-SF (ver Apêndice 16): quando a altura e o peso não podem ser avaliados, uma pontuação alternativa ao IMC inclui a avaliação da Circunferência da Perna (CP) recomendado pela HIGN para as Melhores Práticas nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa (DiMaria-Ghalili & Amella, 2012). O MNA® foi desenvolvido e validado pela Nestlé® para a população portuguesa, por isso foi pedida autorização para a sua utilização neste projeto (Anexo VIII) e também questionada a validação do MNA®-SF, sendo a resposta afirmativa e anexada com o estudo prospetivo de Kaiser e colaboradores que avaliou a concordância do MNA® com as versões resumidas (MNA®-SF-IMC e MNA®-SF-CP), verificando-se uma concordância de 84,6% com o MNA®-SF-IMC e 81,4% com o MNA®-SF-CP, sendo as classificações na comunidade mais próximas do MNA®, 90,8% e 90,4%, respectivamente, o que confirmou ser o instrumento adequado para as pessoas idosas na comunidade (Kaiser et al, 2011).

No final deste estágio foi anunciado formalmente através de uma **ação de formação** (Apêndice 18) a toda a equipa, o Caderno De Linhas Orientadoras para a Prevenção de UP. Este foi considerado, pela equipa de enfermagem, um contributo facilitador nas tomadas de decisão na prestação de cuidados, e sendo baseado em

evidências científicas atuais, promoveram inevitavelmente a segurança na prestação de cuidados, garantindo a qualidade dos cuidados e a satisfação dos enfermeiros.

4.1.3. Capacitar a família/cuidador

Em **contexto hospitalar**, a participação e o envolvimento da família/cuidador na prestação de cuidados à pessoa idosa foi desinteressada justificando-se com a institucionalização em lar após a alta hospitalar. Estes cuidadores caracterizaram-se por pessoas sem rosto e sem disponibilidade que apareciam esporadicamente, durante o internamento ou no dia da alta.

A participação de uma cuidadora na prestação de cuidados tornou possível a implementação das atividades para o alcance dos objetivos deste projeto - capacitar o cuidador/família na prevenção de UP na pessoa idosa. Uma situação para refletir: neste cenário hospitalar apenas um cuidador se disponibilizou para a prestação de cuidados, porquê? O papel da família durante o internamento da pessoa idosa e a sua desresponsabilização em meio hospitalar foi uma questão que me deixou profundamente desassossegada (ver Apêndice 19).

Na enfermagem e em cuidados centrados no cliente, valoriza-se a presença de “pequenas coisas”, simples mudanças e/ou aprendizagens individuais, adequadas e pertinentes àquela situação específica, podem posteriormente refletir uma melhor prestação de cuidados e consequente aumento na qualidade de vida da pessoa idosa/cuidador, respeitando os direitos e a dignidade de ambos: “a atenção a essas “pequenas coisas” revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência. Participa plenamente na sua saúde” (Hesbeen, 2000, p.47).

O envolvimento na prestação de cuidados realizado entre equipa de enfermagem, pessoa idosa e cuidadora baseou-se em atividades quotidianas proporcionando momentos formativos de partilha, potenciadores de aprendizagens significativas, fundamentais na formação de adultos.

Em simultâneo, utilizada a **observação participativa** e a Grelha de caracterização dos cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente (ver Apêndice 16 ponto 8). A grelha baseia-se em seis temas: avaliação da pele, cuidados à pele, controlo da humidade, posicionamentos e mobilização, nutrição e

educação da pessoa idosa e cuidador. O preenchimento da grelha e a partilha da prestação de cuidados facilitou a identificação de quais eram as *representações* e *conhecimentos prévios* da cuidadora no contexto da prevenção de UP e facultou a criação de uma relação concreta com o que a cuidadora sabia, as necessidades na prevenção de UP da pessoa idosa em risco (identificação de fatores de risco) e um novo conteúdo (medidas preventivas adequadas) - *vinculação profunda entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios*; a cuidadora apresentava alguma inquietação na prestação de cuidados relativamente aos posicionamentos, transferências e vigilância da pele, começando a questionar as suas ações e intenções – *atividade mental e conflito cognitivo*, isto porque a sua aprendizagem estava dependente do *nível de desenvolvimento* que possuía (do que se sabe e do que se quer saber mais) (Zabala & Arnau, 2010).

Como as medidas preventivas implementadas para a prevenção de UP eram relevantes para a pessoa idosa e tinham significado por si - *Relevância e funcionalidade dos novos conteúdos*- foi possível a promoção de aprendizagens significativas a esta cuidadora. As principais mudanças verificadas na prestação de cuidados desta cuidadora foram: a observação diária e frequente da pele nos locais mais predispostos à pressão; a vigilância da pele perante a presença de sonda nasogástrica e o desembaraço nos reposicionamentos tendo sempre em consideração o conforto da pessoa idosa.

Em **contexto domiciliário** foram encontradas realidades diferentes: cuidadores familiares que se dedicavam plenamente ao acto de cuidar do outro e cuidadores que por indisponibilidade própria, contratavam outros (empregadas) a “assumir” o papel de cuidador, acumulando simultaneamente o restante serviço doméstico. Esta situação promoveu novo questionamento e reflexão: o que é que as pessoas consideram cuidar? Que cuidados querem receber as pessoas idosas? Que cuidados querem dar os cuidadores às pessoas idosas? Será que queremos a contratualização de pessoas não qualificadas para o papel de “cuidador”, sem preparação específica e que mesmo sendo remuneradas não apresentam competências para o cuidado formal, centrando o seu trabalho em tarefas como o banho, troca da fralda e preparação de refeições? (ver Apêndice 20)

Entre os cuidadores familiares totais desta ECCI (n=15) encontravam-se na

situação de contratualização de “empregadas domésticas” 33% (5) que coabitavam nas 24 horas com a pessoa idosa. Este grupo era do sexo feminino, 40% (2) do grupo etário dos 15-44 anos e 60% (3) do grupo etário dos 45-64 anos, 60% (3) de nacionalidade brasileira e 40% (2) portuguesa, baixa escolaridade e com tempo de experiência nesta atividade entre 1 a 4 anos (uma alternativa ao desemprego).

Os outros cuidadores 67% (10) eram familiares próximos da pessoa idosa e o seu grau de parentesco: 40% (6) cônjuges e 27% (4) filhas. De referir que apenas um cuidador era um cônjuge masculino. Estes cuidadores tinham: 20% (3) idades entre 40-64 anos e 47% (7) idades superiores a 65 anos: dos quais 20% (3) do grupo etário 65-74 anos e 27% (4) do grupo etário dos maiores de 75 anos.

Os cuidadores familiares em termos de atividade: estavam reformados - 53% (8) ou desempregados e com baixos rendimentos - 13% (2). O tempo de prestação de cuidados era para 27% (4) destes cuidadores entre 2 a 9 meses e para 40% (6) entre 1 a 5 anos. Estes dados são corroborados por vários estudos, que concluíram que o cuidar se faz essencialmente no feminino, por familiares que habitualmente vivem com a pessoa idosa (Sequeira, 2010; Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010).

O ato de cuidar pode surgir de forma inesperada e o cuidador pode não estar preparado e não ter formação prévia para o fazer. Cuidar de um familiar idoso e dependente pode tornar o cuidador, à semelhança da pessoa idosa, o centro dos cuidados de enfermagem (Sequeira, 2010), onde se torna essencial avaliar as suas capacidades para a prestação de cuidados, as dificuldades na prática do dia-a-dia, as suas representações e conhecimentos prévios e a capacidade para receber e interpretar novos conteúdos (Sequeira, 2010; Zabala & Arnau, 2010).

Procedida à identificação do tipo de dificuldades mais frequentes do cuidador nas situações de prestação de cuidados à pessoa idosa através do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador- CADI (Carer's Assessment of Difficulties Index) (Apêndice 15 ver Anexo III). Este instrumento foi fundamental para o despiste precoce das dificuldades do cuidador, promovendo uma intervenção adequada e impedindo as próprias dificuldades de inibirem o envolvimento e participação do cuidador na prestação de cuidados à pessoa idosa. Trata-se de um instrumento que auxilia a identificar dificuldades/necessidades dos cuidadores relativamente ao

cuidar, criado no Reino Unido, desenvolvido por Nolan e colaboradores, em 1989 e traduzido e validado para a população portuguesa por Barreto e Brito, em 2002 (Sequeira, 2010).

O CADl consiste num questionário, onde o cuidador se identifica, ou não, com a situação exposta (dificuldade), devendo revelar, em caso positivo, se essa situação não o perturba, perturba ou perturba muito. Essas dificuldades foram agrupadas segundo as suas características e facilitaram a identificação da necessidade sentida pelo cuidador, eram elas: problemas relacionais, restrições sociais, exigências do cuidar, reações ao cuidar, apoio familiar e apoio profissional (Sequeira, 2010). Este questionário não foi aplicado às cuidadoras contratadas (empregadas domésticas) porque não eram familiares da pessoa que cuidavam.

No geral, as dificuldades dos cuidadores familiares (10): em 50% (5) revelaram que o que os perturbava mais eram as questões da **exigência do cuidar** (sentirem que a pessoa de quem cuidavam dependia e necessitava muito dos seus cuidados); em 40% (4) o fator identificado foi a **reação ao cuidar** (o sentimento de impotência para reverter a situação de dependência e os problemas económicos inerentes à situação); e em 30% (3) manifestaram a falta sentida pelo **apoio profissional** (os profissionais de saúde não manifestavam compreender os sentimentos dos cuidadores). A pessoa idosa e os cuidadores revelaram poucos conhecimentos sobre a temática da prevenção de UP mas muita disponibilidade para saber mais, em prol da qualidade de vida de ambos. Esta disponibilidade foi facilitadora ao envolvimento do cuidador no seu processo formativo.

A identificação junto do cuidador de necessidades de formação para manter a integridade cutânea e prevenir UP, na prestação de cuidados, foi feita através da Grelha de caracterização dos cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa (já referida anteriormente). Esta grelha foi preenchida e baseada na **observação participativa** com os cuidadores familiares, cuidadores formais e empregadas domésticas (foram incluídos todos os cuidadores de forma a potenciar a qualidades dos cuidados prestados) durante a prestação de cuidados à pessoa idosa, o que permitiu o acesso, àquilo que acreditavam, aos seus sucessos e fracassos e à confrontação com as dificuldades na prestação de cuidados, para despistar precocemente comportamentos que podiam comprometer a integridade da pele da

pessoa idosa cuidada.

Estes cuidadores apresentavam principalmente preocupação com a humidade da pele, verificavam os locais expostos à humidade e protegiam esses locais, não se identificaram necessidades no tema de controlo de humidade. O mesmo não era verificado nos outros temas, que estavam envoltos em algum desconhecimento e em representações prévias não atualizadas: por exemplo, estavam demasiado focados na higienização dos genitais, não manifestando preocupação pela pele em geral (despistada necessidade formativa a nível da avaliação da pele e dos cuidados à pele); era usada água muito quente, a pele era limpa por fricção com toalhas, por vezes pouco macias e mantinha-se a massagem nas proeminências ósseas na presença de eritema branqueável ou não branqueável.

Os posicionamentos eram realizados pelos cuidadores familiares com pouca frequência, constatando-se preferência por posicionamentos com apoio total do grande trocânter, por períodos demasiado longos. As forças de fricção e deslizamento eram ignoradas; não era estimulado o levantar e a mobilização; a cabeceira da cama era elevada a mais de 30 graus, tanto na posição dorsal como na posição lateral. A nutrição era descuidada na ingestão de proteínas e dos líquidos, pelas quantidades insuficientes fornecidas.

O envolvimento do cuidador foi desenvolvido e baseado na demonstração e partilha da prestação de cuidados de manutenção à pele da pessoa idosa, entre equipa e cuidador, nomeadamente, nos temas identificados, das necessidades formativas do cuidador e pessoa idosa, tudo isto, tendo em conta os princípios psicopedagógicos de aprendizagens significativas de Zabala e Arnau (2010).

Comparando a caracterização dos cuidados à pele, realizados pelo cuidador, inicialmente e após intervenção formativa pude verificar que existiu efetivamente aprendizagem do cuidador. Quando o cuidador reconhecia as suas representações e a necessidade de novos conhecimentos, quando se inquietava, ficava predisposto e receptivo a novos conteúdos e fosse pela importância, utilidade e/ou funcionalidade dessas informações, essas aprendizagens (significativas para o cuidador) refletiam-se na prática.

Como exemplo destas aprendizagens, pode ser referido que, inicialmente,

os posicionamentos e as mobilizações eram das necessidades formativas mais comuns entre os cuidadores - eram realizados com pouca frequência verificando-se que os cuidadores tinham dificuldade em fazê-lo e em dizê-lo. Foi exemplificado repetidas vezes, demonstrando as várias possibilidades, sempre enfatizando o conforto da pessoa dependente, foi pedida a colaboração do idoso e do cuidador, justificando-se e explicando-se os procedimentos passo a passo. Operacionalizando os princípios psicopedagógicos, de Zabala e Arnau (2010), iam-se introduzindo novos conteúdos à medida das necessidades de ambos e para complementar estas experiências de partilha fornecia-se um folheto que compilava toda essa informação.

De realçar que os folhetos temáticos foram uma mais-valia para a consolidação de novos conhecimentos por parte dos cuidadores e pessoas idosas, os temas são:

Folheto I – Prevenir UP: Fatores de Risco (Apêndice 15 ver Apêndice 7); Folheto II – Prevenir UP: O que é? Como se manifesta? (Apêndice 15 ver Apêndice 8); Folheto III - Prevenir UP: Cuidados à Pele (Apêndice 15 ver Apêndice 9); Folheto IV - Prevenir UP: Posicionamentos (Apêndice 15 ver Apêndice 11); Folheto V - Prevenir UP: SA (Apêndice 15 ver Apêndice 13); Folheto VI - Prevenir UP: Nutrição (Apêndice 15 ver Apêndice 15).

O tema mais difícil de abordar e menos bem-sucedido no envolvimento e participação do idoso/família foi o das SA. A escolha da SA não deve depender apenas do risco detetado, cada pessoa tem as suas limitações funcionais, tolerância tecidular, estrutura anatómica, e tem de se ter em consideração o conforto e o bem-estar da pessoa em risco (EPUAP & NPUAP, 2009).

Não existe evidência científica que comprove a existência de SA de melhor qualidade ou eficácia e/ou eficiência superior (Duque et al, 2012). O risco deve ser avaliado de forma contínua e pelo tempo em que se mantém o risco, de acordo com o contexto da prestação de cuidados (Hampton & Collins, 2005; Iglesias et al, 2006).

Antes da utilização da SA deve-se verificar se esta se encontra dentro do tempo de vida útil recomendado, ou seja, se mantém as características que a definem sem danos do material, e a cada visita domiciliar o enfermeiro deve avaliar a SA quanto à sua funcionalidade e adequabilidade (EPUAP & NPUAP, 2009).

A frequência dos posicionamentos não é anulada pela existência de SA mas pode ser influenciada por esta, uma vez que na sua presença há uma redistribuição de pressão que promove um aumento da tolerância tecidual e consequentemente uma maior duração na frequência dos posicionamentos, ou seja, a frequência dos reposicionamentos depende inevitavelmente das características da SA (EPUAP & NPUAP, 2009).

Seria um contrassenso recomendar SA sem conhecer as suas características e custos, por isso, foram visitados alguns locais de venda destes produtos para a prevenção e promoção da integridade cutânea (emergiu para além projeto). Constatou-se que a maioria dos materiais tem um elevado custo que se torna insustentável para a população em geral.

A recomendação das ajudas técnicas e SA adequadas a cada situação clínica e a cada pessoa dependente torna-se um desafio. Por vezes, o adequado é desajustado às condições económicas e disponibilidade financeira da pessoa idosa e família. Compete ao enfermeiro avaliar as necessidades e os riscos que a pessoa idosa dependente está sujeita, e aconselhar os meios para minimizar os efeitos desses riscos. Existem alguns locais que têm banco de ajudas técnicas mas também têm lista de espera e o aluguer dos materiais torna-se muito dispendioso. Neste sentido, a dificuldade residuiu, não no despiste do risco, não na recomendação em si, mas sim na aplicabilidade das recomendações efetuadas.

Verificou-se que no final de estágio cerca de 73% (11) dos cuidadores tinha um Plano De Posicionamentos (Apêndice 15 ver Apêndice 10) traçado por si, gerido conforme as necessidades da pessoa idosa e com posicionamentos frequentes de acordo com o conforto e a tolerância tecidual da pessoa dependente.

Outro aspeto importante de mudança foi em relação à alimentação, respeitando as preferências da pessoa idosa e o tempo que necessitava para se alimentar, os cuidadores deixaram de ter por base as três refeições diárias e passaram a oferecer pequenas refeições com maior frequência, incluindo proteínas (ovos, carne e peixe, soja) nas suas dietas e reforçando a ingestão de líquidos (gelatinas, chás, sumos de fruta, batidos).

A inspeção diária da pele também foi outra mudança no comportamento dos cuidadores, quando se procedia às visitas de enfermagem havia um relato pormenorizado das inspeções realizadas, do que tinham feito, a detecção precoce de alguns locais em potencial perigo, o que demonstrava um sentimento de apoio e compreensão por parte da equipa com os seus sentimentos.

O reconhecimento que a prevenção de UP não dependia apenas de cuidados de higiene ou alívio de pressão, dependia da vigilância da pele, hidratação, alimentação e conforto da pessoa idosa foi a maior prova de capacitação destes cuidadores.

De realçar que não se verificaram novas UP após aplicação deste projeto.

Cerca de 87% (13) dos cuidadores participaram e permitiram um envolvimento, entre eles e a equipa, na prestação de cuidados à pessoa idosa, embora 13% (2) dos cuidadores não o permitisse e não prestasse cuidados nas melhores condições, principalmente por questões de saúde. Exemplo disto foi a situação de dois cônjuges com mais de 75 anos, mulheres habituadas a cuidar mas debilitadas pela incapacidade física provocada pelo seu próprio envelhecimento, estado de saúde e pela fadiga psicológica provocada pela doença do cônjuge que cuidavam, que não conseguiam admitir as suas limitações, limitações essas, responsáveis, por muitas ações omissas necessárias ao cuidar. Estas cuidadoras foram o foco central de intervenção interdisciplinar com a finalidade de promover “o cuidar de si para poder cuidar do outro”.

5. REFLEXÕES QUE EMERGIRAM NO PERCURSO

5.1. Competências desenvolvidas

Em síntese, com o este projeto foram desenvolvidas as capacidades de:

- ✓ Comunicar o raciocínio no âmbito da problemática do projeto de forma a motivar à participação das equipas: Grupo de úlceras e lesões, EGA, equipa de enfermagem do serviço de internamento do Hospital e ECCI.
- ✓ Comunicar os conhecimentos relativos às necessidades das equipas, à necessidade da tomada de decisão e ao assumir da responsabilidade dos enfermeiros valorizando as atividades autónomas de Enfermagem.
- ✓ Aplicar, compreender, desenvolver, integrar e aprofundar conhecimentos e de lidar com questões complexas o que incluiu reflexões sobre a responsabilidade ética em enfermagem, implicações éticas do cuidar e dos cuidadores, da dependência/substituição da pessoa idosa e responsabilidade ética da família perante a pessoa idosa, desenvolvendo uma prática profissional e ética nestes campos de intervenção em estágio.
- ✓ Agir e intervir como enfermeira perita na formação dos pares através da prestação de cuidados, nomeadamente, no processo de articulação de cuidados centrando estes na pessoa idosa dependente numa perspetiva holística, nos diferentes contextos e níveis de prevenção garantindo uma prestação de cuidados de qualidade.
- ✓ Agir e assumir o papel dinamizador na construção e divulgação de saberes na equipa de enfermagem do serviço de internamento do Hospital e ECCI e na capacitação da família e cuidador na prestação de cuidados à pessoa idosa com base nos princípios psicopedagógicos que favorecem a formação de adultos.
- ✓ Integrar a ECCI, equipa de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva, participando nas reuniões semanais agindo no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio aplicando argumentos rigorosos.
- ✓ Agir como dinamizadora na capacitação da equipa de enfermagem da ECCI no questionamento e construção de saberes sustentados na investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência, operacionalizando a aplicação do Caderno de Linhas Orientadoras para a prevenção de UP e o PIE.

- ✓ Desenvolvimento autónomo de aprendizagens profissionais que facilitaram a aprendizagem contínua, o autoconhecimento, assertividade e o desenvolvimento de soluções, através da realização do estudo de caso, aplicação de instrumentos e ferramentas recomendados nas pesquisas contínuas efetuadas nas bases de dados científicas, mantendo a atualização científica.
- ✓ Resolução de problemas em situações novas (emergiram para além do projeto) como o caso do esclarecimento acerca da organização dos novos ACES, as diferenças entre as diferentes Unidades Funcionais de Saúde, as suas designações e respetivos cuidados assistenciais; ou da aplicação do PIE; ou a visita a locais de venda de produtos para a prevenção de UP.
- ✓ Análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e cuidadores, integrando formação em Enfermagem e integrando resultados atuais de investigação na elaboração deste relatório.

5.2. Questões éticas

Este projeto foi motivado por um intenso questionamento sobre as ações produzidas por todos aqueles que trabalham com pessoas idosas. Pelo poder que o agir e as práticas comuns têm sobre as consciências dos indivíduos na sociedade, em geral e de quem desempenha a sua atividade profissional na área do cuidado ao outro, em particular, as questões éticas postas em causa foram tantas com este projeto que os itens seguintes exemplificam algum desse questionamento.

- Quem manda no tempo, quem cuida ou quem é cuidado? Que tempo vale mais? O Tempo de quem é cuidado é diferente do tempo de quem presta o cuidado e o tempo que para uns parece não querer passar, a outros parece fugir... o tempo passa em função de quem trabalha... Não há tempo para dar tempo a quem demora tempo na realização das suas atividades de vida diárias. Esse tempo é acelerado por substituições apressadas porque não há tempo para “esperar” o tempo necessário...

- O porquê da Substituição³² em determinadas atividades mesmo quando não há incapacidade total? Cuidadoras formais de instituições particulares, familiares e alguns cuidadores, no sentido de dar “apoio”, vão mantendo a falta de conhecimento

³² Substituição- é apenas desejável a partir do momento em que existe incapacidade total para o desempenho de uma determinada função, visando satisfação das necessidades de um doente, de modo a proporcionar o máximo bem-estar (Sequeira, 2010, p.181).

e sensibilidade sobre a distinção entre supervisão³³, orientação³⁴, ajuda parcial³⁵ e substituição, levando a pessoa idosa a “perder” o que é essencial à vida...

- Porquê tanta dificuldade na distinção do cuidar e do tratar? A Prevenção surge como a forma mais simples do cuidar, sendo o cuidar - proteger (Collière, 2003) e proteger – prevenir. Cuidar representa a defesa da vulnerabilidade de quem envelhece, de quem vai perdendo capacidades funcionais e ou cognitivas. Porquê “tratar” incessantemente a pessoa idosa quando o essencial é/está no Cuidar?

5.3. As implicações/recomendações do trabalho para a prática

Numa perspetiva futura seria pertinente dar continuidade à capacitação dos cuidadores. Segundo Sequeira (2010) “no decurso do processo de transição para o exercício do papel, o cuidador necessita adquirir/desenvolver diversas competências” (p. 173), essas competências podem ser agrupadas em três categorias: Informação, Mestria e Suporte.

Com este projeto foi alcançada a área da Informação, que está relacionada com o Saber, como aprender, como adquirir e/ou desenvolver o conhecimento e a área da Mestria relacionada com a habilidade instrumental – o Saber Fazer (Sequeira, 2010). Nestas áreas de Informação e Mestria seria pertinente investir na estruturação de programas formais de educação para a saúde, abordados em sessões, privilegiando espaços comuns e adequados, mobilizando a criação de grupos de cuidadores para facilitar a partilha entre todos.

O desenvolver competências no cuidador na categoria de Suporte, centrada no Saber Ser, ou seja no desenvolvimento pessoal do cuidador, no saber relacionar-se e cuidar-se (Sequeira, 2010), para poder cuidar do outro (pessoa idosa) seria também outro foco de interesse.

³³ Supervisão- é um tipo de vigilância necessária, quando a pessoa idosa ainda tem capacidades de execução de uma tarefa mas pode não fazê-la corretamente pondo em risco o seu estado de saúde (Sequeira, 2010).

³⁴ Orientação- é uma ajuda que implica a existência de uma incapacidade que impede o desempenho de uma tarefa de forma autónoma, mas onde só é necessário orientar no sentido de dizer como fazer (Sequeira, 2010).

³⁵ Ajuda parcial- é um apoio complementar quando já não é possível supervisionar ou orientar, é uma substituição parcial na realização de determinada função ou tarefa (Sequeira, 2010).

5.4. As limitações do trabalho

A informatização de toda a ação da prática de enfermagem, tanto em contexto hospitalar como em cuidados de saúde primários, por vezes é opressiva devido à sistematização de todas as potenciais ações de enfermagem e centraliza toda a atenção para o seu registo, por tudo isto o pensamento, que leva ao questionamento das práticas é inibido e a disponibilidade de aprendizagem é limitada.

Os baixos rendimentos dos cuidadores/pessoa idosa foram outra limitação deste trabalho porque os custos na prevenção através da compra de ajudas técnicas ou compra de SA são elevados, o que inibe o acto de prevenir. Outro aspeto verificado relativamente às reduzidas condições económicas dos cuidadores/pessoa idosa foi a condição de isenção de pagamento de serviços de saúde por insuficiência económica, ou seja, se houver necessidade de tratamento (por presença de uma UP) o pagamento não será um problema devido à condição de isenção instituída. E isto impele a uma última reflexão, que condições favorecem a sobreposição do valor monetário ao valor da vida humana...

6. CONCLUSÃO

Em síntese, com este projeto foi possível concretizar os objetivos de aquisição de competências de enfermeira especialista em Médico-cirúrgica e competências de mestre em enfermagem na área de intervenção à pessoa idosa na prestação de cuidados. Todas as mudanças presenciadas com a aplicação deste projeto foram significativos sinais de capacitação dos cuidadores e equipas de enfermagem, nos diferentes contextos: hospital, cuidados de saúde primários e domicílios.

A prevenção de UP na pessoa idosa está diretamente relacionada com a qualidade das avaliações realizadas e das respetivas tomadas de decisão, que por sua vez se relacionam com a solidez do conhecimento teórico, experiências anteriores, juízo clínico, reconhecimento das capacidades e conhecimento da pessoa idosa e família. Também a implementação de estratégias para a prevenção de UP foi bem-sucedida porque no final do estágio as pessoas idosas incluídas neste projeto, no contexto comunitário, não apresentavam novas UP.

Os cuidadores, em casa, sentiam-se apoiados, seguros da sua **responsabilidade** (a nível do saber e do saber-fazer), confiantes na equipa e nas decisões que ambos tinham traçado no plano de cuidados à pessoa idosa, conscientes de que o erro faz parte da experiência e que a pessoa idosa que cuidam e eles próprios são seres únicos com características particulares e específicas a ter em consideração. O aspeto de **partilha** também foi essencial, por exemplo, a cada visita de enfermagem havia um relato pormenorizado das inspeções à pele realizadas e do que tinham feito. A **atitude** face às UP e o **reconhecimento** (a nível do saber) que a prevenção das UP não dependia apenas de cuidados de higiene ou alívio de pressão, dependia de um conjunto de ações, da vigilância e hidratação da pele, alimentação e conforto da pessoa idosa.

Os enfermeiros da equipa hospitalar demonstraram uma **apropriação** do pressuposto: “a necessidade de ser cuidado não implica a existência de doença” (Collière, 2003) – e a fim de garantir a continuidade dos cuidados à pessoa idosa quando regressa ao seu domicílio apreenderam que era essencial: a identificação e sinalização da pessoa idosa dependente internada, em risco de desenvolver UP ou

na presença de outras alterações, como por exemplo, perturbações alimentares, do sono e/ou da eliminação, entre outros; também passaram a assumir a **tomada de decisão** promovendo a articulação entre serviços através da **referenciação** e isso foi constatado pelo aumento significativo das referenciações, quer através da RNCCI quer através do contacto direto entre serviços (hospital-comunidade), pela participação em contexto profissional atual, por este estar inserido no ACES de influência desse hospital.

Este foi um ganho em saúde porque assegura, mais precocemente a promoção da saúde, prevenção de complicações e a readaptação funcional da pessoa idosa dependente com alta programada/regresso a casa.

Os enfermeiros da ECCI demonstraram um sentimento de **cumplicidade e realização** relativamente à aplicação do Processo Individual De Enfermagem- PIE para prevenção de UP na prestação de cuidados porque este veio colmatar a necessidade que a equipa de enfermagem sentia no início da criação da ECCI, proporcionando uma avaliação multidimensional a cada cliente, facilitando o despiste de risco e documentação de todas as avaliações de risco efetuadas num contexto de prevenção de UP e uma aproximação ao cuidador (apoio/parceria).

Também o Caderno de linhas orientadoras para a prevenção de UP foi um contributo reconhecido pela equipa, como uma mais-valia para a prestação de cuidados que fomentou a **segurança** na prestação, garantiu a melhoria da qualidade dos cuidados e a satisfação dos enfermeiros como profissionais, sendo considerado o principal responsável em tomadas de decisão conscientes na prevenção de UP na prestação de cuidados, baseadas em evidências científicas atuais.

Como perspetiva futura seria aliciante, no âmbito da investigação, avaliar os ganhos em saúde com o desenvolvimento de outro projeto complementar a este, avaliar as taxas de incidência e prevalência num determinado grupo durante um período de tempo estimado e comparar os custos na prevenção e no tratamento de UP e até participar na criação de um Manual de Boas Práticas para a prevenção de UP para enfermeiros e cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, P., Silva, C., Ferreira, E. & Negreiro, F. (2007). Qual o significado das medidas epidemiológicas taxa de prevalência, taxa de incidência cumulativa e taxa de incidência em unidades pessoa/tempo?. *Gauss- Eurotrials Scientific Consultants*, Dez (10). Acedido 13-06-2014. Disponível em: www.eurotrials.com/wp-content/uploads/2014/02/Gauss_10.pdf
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice De Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. 25(2). 59-66
- Ayello, E. (2012). Predicting Pressure Ulcer Risk. *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. Disponível: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_5.pdf
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2008). Preventing pressure Ulcers and skin tears. In Capezuti, E. et al (2008). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 403-429. 3ª Ed. New York. Springer Publishing Company.
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2012). Nursing Standard Of Practice Protocol: Pressure Ulcer Prevention & Skin Tear Prevention. Acedido a 11/10/2013. Disponível: http://consultgerirn.org/topics/pressure_ulcers_and_skin_tears/want_to_know_more
- Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos*. (J. Gouveia, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Wound care Essentials- practice principles*)
- Bale, S., Cameron, J. & Meaume, S. (2006). Skin Care. In Romanelli, Marco, (Ed). *Science and practice of pressure ulcer management*. (pp 75-84). London: Springer
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição comemorativa)*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês *From novice to expert*.

Excellence e power in clinical nursing practice (commemorative edition). 2001)

Benbow, M. (2009). Maintaining skin integrity and preventing pressure damage. *Nursing & Residential Care*, 11(9), 444- 450. Acedido a 10/04/2013. Disponível: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010413953&lang=pt-br&site=ehost-live>

Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D., Hummel, S., Karunananthan & Wolfson, C. (2007). Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 62 (7). 731-737. Acedido a 08/06/2013. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645660/>

Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial

Bocchi, S., Pessuto, J. & Dell’aqua, M. (1996). Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação dos alunos. *Rev.latino-am.enfermagem*, 4 (3). 99-116.

Carvalho, M. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal em Portugal. *Kairós*.12 (1). 77-99.

Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na Evidência- manual para enfermeiros*. (M. J. Sampaio, Trad.) Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *The evidence- based practice- manual for nurses*, 2002)

Circular Normativa n.º: 13/2004 de 02 julho (2004), *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido:11/01/2013 Disponível: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

- Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (M. L. B. Abecasis, Trad.). (3.^a ed.). Lisboa: Lidel. (Tradução do original do francês *Promouvoir la vie*)
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2.^a ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês *Soigner... Le premier art de la vie*, 2^{ème} éd., 2001)
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: CLIMEPSI
- Decreto-Lei n.º 161/96. D. R. Série I-A. 205 (04-06-1996). 2959-2962. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro-REPE. Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/.../REPE.pdf
- Decreto-Lei n.º 104/1998. D. R. Série I-A. 93 (21-04-1998). 1739-1757. Criação da Ordem dos Enfermeiros e aprovação do respetivo Estatuto Disponível: <http://dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. D. R. Série I-A. 109 (06-06-2006). 3856-3865. Criação da RNCCI. Disponível: <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20061960%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=101/2006&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. D. R. Série I. 38 (22-02-2008). 1182-1189. Criação dos ACES. Disponível: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei n.º 115/2013. D. R. Série I. 151 (07-08-2013). 4749-4772, Regime jurídico dos graus académicos. Disponível: [https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/advanced/normal?types=SERIEI&tipo="Decreto-Lei"&numero=115/2013](https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/advanced/normal?types=SERIEI&tipo=)
- Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote

- person-centredness in nursing with older people. *International Journal of Older People Nursing* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 13, 3a, 39–44.
- DiMaria-Ghalili, A. & Amella, E. (2012). *Try this: 9 –Assessing nutrition in older adults. Best practices in nursing care to older adults*. Hartford Institute for geriatric nursing, New York University, College of Nursing.
- Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M. F., Matias, A., ... Romba, R. (2009). *Manual de Boas Práticas. Úlceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2013). *Regulamento de mestrado*. Março de 2013. Definição das regras e as condições de funcionamento do ciclo de estudos de mestrado na ESEL. Acessível na ESEL, Lisboa, Portugal.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível: <http://www.npuap.org/>
- Family Caregiver Alliance ®. National Center on Caregiving. Acedido a 01/06/2013. Disponível: <http://caregiver.org/about-fca>
- Ferry, M. & Alix, E. (2004). *A nutrição da pessoa idosa: aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007) . *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (M. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês le processus de la recherche: de la Conception à la réalisation, 1996).

- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48. Acedido a 08/06/2013.
Disponível:http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx
- Galvão, C. (2002). A assistência aos idosos dependentes. In M. Patrão Neves (Coord). *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (2ª ed.) (pp. 395- 406). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Gilcreast, D., Warren, J., Yoder, L., Clark, J., Wilson, J., & Mays, M. (2005). Research comparing three heel ulcer-prevention devices. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 32(2), 112-120.
- Godinho, N. (2013). *Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas*. (Setembro 2013). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações, normas APA e ISO 690 (NP 405). Acessível na ESEL, Lisboa, Portugal.
- Gomes, F. (2008). *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Universidade de Aveiro. Disponível:
<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf>
- Goulart, F., Ferreira, J., Santos, K., Morais, V. & Filho, G. (2010). *Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura*. Acedido a 01/04/2013. Disponível:
www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlcera.pdf.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*©. 10 (6), 466-487.
- Green, S. (2008). "Significance of the Philosophy of Family-Centered Care in the" *School of Nursing Scholarly Works*. Paper 49. Disponível:
http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/49
- Hampton, S. & Collins, F. (2005). Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. *British Journal of Nursing*, 14(15), S6-S12.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. (M. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, 1997)
- Hunter, S., Anderson, J., Hanson, D., Thompson, O., Langemo, D., & Klug, M. G. (2003). Clinical trial of a prevention treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN)*, 30(5), 250-258.
- Investigação Científica em Enfermagem (ICE) (2010). *Prevenção de Úlceras por Pressão- Manual de Orientação para a Macaronésia*. Governo dos Açores, Secretaria Regional da Saúde. Disponível: [http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao de ulceraspor pressao- Manual de orientacoes para a Macarronesia.pdf](http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao%20de%20ulceraspor%20pressao-Manual%20de%20orientacoes%20para%20a%20Macarronesia.pdf)
- Iglesias, C., Nixon, J., Cranny, G., Nelson, E., Hawkins, K., Phillips, A., ... Cullum, N. (2006). Pressure relieving support surfaces (PRESSURE) Trial: Cost-effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 332 (7555), 1416.
- Imaginário, C. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Lisboa*. INE. Acedido a 14/04/2013. Disponível: www.ine.pt
- Kaiser, M., Bauer, J., Uter, W., Donini, L., Stange, I., Volkert, D. ... Sieber, C.. (2011). Prospective Validation of the Modified Mini Nutritional Assessment Short-Forms in the Community, Nursing Home, and Rehabilitation Setting. *Journal The American Geriatrics Society*. 59 (11), 2124-2128
- Lawton, S. (2007). Addressing the skin-care needs of the older person. *British Journal Of Community Nursing*, 12(5), 203. Acedido a 16/05/2013. Disponível: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17551453&la>

- Le Boterf, G. (1994) *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Paris, Les Editions d'organisation.
- Lei n.º 111/2009. D. R. Série I. 180 (16-09-2009). 6547-6549. Código Deontológico do Enfermeiro. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Lepeleire, J., Ilife, S., Mann, E. & Degryse, J. (2009) Frailty: an emerging concept for general practice. *British Journal of General Practice*. Acedido a 08/06/2013. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673187/pdf/bjgp59-e177.pdf>
- Lira, A., Sá, J., Nogueira, I., Medeiros, M., Fernandes, M. & Vitor, A. (2012) Integridade da pele em idosos: revisão da literatura segundo as cartas de promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 17(4). 767-774. Acedido a 01/04/2013. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/30389/19664>
- Loureiro, M. (2008). *Validação do “Mini-Nutricional Assessment” em idosos*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra.
- Louro, M., Ferreira, M. & Póvoas, P. (2007). Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 19 (3). 337-341. Acedido a 01/04/2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12>
- Lobosco, A., Vasconcelos, D., Almeida, M. & Feliciano, G. (2008). O enfermeiro atuando na prevenção de úlceras de pressão. *Revista Electronica cuatrimestral de Enfermeria*. 13. 1-13. Acedido a 01/04/2013. Disponível: revistas.um.es/eglobal/article/download/14681/14161
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209.

- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: redefinition of de nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6). 255-259.
- Melo, R. & Raposo, N. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa De Pedagogia*. 41.1.189-209. Disponível: <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/viewFile/1192/640>
- Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). Pressure ulcers. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. *NICE clinical guideline 29*. Disponível: <http://guidance.nice.org.uk/cg29>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. *NICE clinical guideline 179*. Disponível: <http://guidance.nice.org.uk/cg179>
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *II Congresso Ordem dos Enfermeiros* 10 Maio 2006. Acedido 20/12/2012. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2001-2012. *Relatórios da Primavera*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. Acedido: 31.01/2013. Disponível: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2005_OPSS.pdf

- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde. Disponível:
http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- OMS (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Disponível:
http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Suplemento Revista Ordem dos Enfermeiros*. (13). 3-8.
- OE (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento 122/2011. D. R. Série II. 35 (18-02-2011).8648-8653.Disponível:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- OE (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.).St. Louis: Mosby
- Patrão Neves, M. (2002). Educação para a saúde: o doente responsável. In M. Patrão Neves (Coord). *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (2^a ed.) (pp. 423- 443). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Perrenoud, P. (1999). Construir competências é virar as costas aos saberes? *Pátio. Revista pedagógica* (Porto Alegre, Brasil).11.15-19. Este artigo foi publicado originalmente em *Résonances, Mensuel de l'école valaisanne*, n. 3, Dossier Savoirs et compétences, novembre1998, pp. 3-7 : “ Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs ? ”

- Pinto, A. & Botelho, M. (2007). Fisiopatologia do Envelhecimento. In Pinto. A. (Coord.). *Fisiopatologia- Fundamentos e Aplicações* (pp. 493- 514). Lousã: Lidel.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)*. Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Renaud, M. (2002). Novas perspectivas sobre a Ética e a Moral. In M. Patrão Neves (Coord). *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (2ª ed.) (pp. 15- 26). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ribeiro, P. (2013). Formação Continua em Enfermagem. Quais as motivações? *Nursing*. 35-37. ID: 50877574. Disponível: <http://www.sep.org.pt/~seporg/images/stories/sep/DOSSIER/2013/11/251113news8.pdf>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15. (jan.- Mar.). 1-37. Disponível: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicilio mecanismos de adaptação*. Coimbra: Formasau.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Touhy, T. & Jett, K. (2014). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging*. 4ª Ed. Missouri: Elsevier Mosby.
- Valadares, J. & Graça, M. (1998). *Avaliando para melhorar a aprendizagem*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. & Albarede, J. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and Its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. *Nutrition*. 15(2), 116-122.

Wada, A., Teixeira Neto, N. & Ferreira, M. (2010). Úlceras por pressão. *Revista Médica (São Paulo)*. 89 (3/4).170-177. Acedido a 01/04/2013. Disponível: www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46293/49949

Wallace, M. & Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: An overall assessment tool for older adults *AJN*. 107 (10). 45-46. Acedido a 08/06/2013. Disponível: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx

Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN) (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. (*WOCN clinical practice guideline*; no. 2). Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Disponível: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3860&nbr=3071

Zabala, A. & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Artmed: São Paulo. 95-99.

Sites:

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):

<http://www.ahrq.gov>

<http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/chap27.pdf>

Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN):

<http://www.hartfordign.org/practice>

<http://consultgerirn.org/>

<http://hartfordign.org/practice/niche>

Institute for Family-Centered Care. (n.d.) Frequently asked questions:

<http://www.familycenteredcare.org/faq.html>

Institute for Patient- and Family-Centered Care:

<http://www.ipfcc.org/advance/topics/geriatric.html>

National Institute on Aging (NIA):

www.nia.nih.gov

National Guideline Clearinghouse (NGC):

<http://www.guideline.gov/compare/synthesis.aspx>

Portal de Saúde Pública:

www.saudepublica.web.pt

<http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>

Anexo I:

Pedido de autorização para aplicação da grelha de observação aos enfermeiros

DE:
Somos de parva favorável
à aplicação da grelha de
observação proposta, e portanto
utilização dos dados p/
melhoria dos práticas de
enf. 14/10/13

De acordo.
14-10-2013

À Direção do Hospital de Vila Franca de Xira

Eu, Ana Luísa Santos Bento, no decorrer do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de intervenção à Pessoa Idosa, apresento-me como enfermeira, em estágio, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no Serviço de Especialidades Médicas do Hospital de Vila Franca de Xira.

Venho por este meio solicitar autorização para aplicação de grelha de observação aos elementos da equipa de enfermagem que exercem o seu exercício profissional neste serviço, durante os turnos realizados em simultâneo e com consentimento dos enfermeiros intervenientes. Os resultados desse instrumento de observação não são para reverter em resultados de investigação mas apenas para caracterizar as intervenções valorizadas e realizadas pelos enfermeiros, nomeadamente, no que diz respeito à promoção de integridade cutânea, prevenção de úlceras de pressão e envolvimento/capacitação dessas atividades pelo cliente e seu cuidador.

Sem outro assunto, os meus melhores cumprimentos.

Ana Luísa Santos Bento (14/10/2013)

Tomu conhecimento
Enão tinha nada a opor.
14-10-2013

ENFERMEIRA CHEFE

Lia Ana Paula Machado

GRELHA DE OBSERVAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DEPENDENTE E EM RISCO DE FRAGILIDADE OU DE DESENVOLVER ULCERAS DE PRESSÃO

O QUE FAZER?	AValiação DE RISCO	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Considera que todo o cliente tem um potencial de risco		
Utiliza a escala de Braden		
Aplica a escala no 1º contacto		
Aplica a escala com periodicidade regular e não apenas quando há alterações do estado geral do cliente		
Regista a avaliação de risco		
O QUE FAZER?	CUIDADOS À PELE	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Observa a pele diariamente		
Verifica as proeminências ósseas		
Verifica locais expostos à humidade		
Pesquisa alterações na pele: temperatura, cor e turgor		
Efetua a higiene diária com sabão neutro		
Lava, enxagua e seca a pele sem a friccionar		
Lava, enxagua e seca as pregas cutâneas e espaços interdigitais		
Aplica creme hidratante		
Não massaja proeminências ósseas		
Recorre a pensos protetores para reduzir a pressão		
Mantem a roupa seca e esticada, tanto da cama como do cliente		
O QUE FAZER?	CONTROLO DA HUMIDADE	
Controla a incontinência fecal e urinária		
Mantem a pele seca em caso de diaforese		

GRELHA DE OBSERVAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DEPENDENTE E EM RISCO DE FRAGILIDADE OU DE DESENVOLVER ÚLCERAS DE PRESSÃO (continuação)

O QUE FAZER?	CONTROLO DA PRESSÃO	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Efetua mobilizações/mudanças posturais		
Elabora plano escrito de posicionamentos		
Estimula a mobilidade e a atividade do cliente		
Efetua mudança da posição em intervalos frequentes		
Mobiliza o cliente evitando a fricção e o deslizamento		
Eleva a cabeceira da cama até ao máximo de 30°, o menor tempo possível		
Em decúbito lateral, não ultrapassa a elevação da cabeceira a mais de 30°		
Evita apoiar o peso do corpo sobre os trocânteres		
O QUE FAZER?	EDUCAÇÃO DO CLIENTE E CUIDADOR	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Aborda o cliente e cuidador para pedir o seu consentimento pelos cuidados a prestar		
Explica os procedimentos a efetuar		
Identifica a importância da participação do cliente e cuidador nos cuidados à pele		
Promove a privacidade durante a prestação dos cuidados		
Avalia os conhecimentos do cliente e cuidador sobre a prevenção das úlceras de pressão		
Avalia as capacidades do cliente e cuidador sobre a prevenção das úlceras de pressão		
Demonstra e treina a família na avaliação e cuidados à pele		
Demonstra e treina a família nos posicionamentos e mobilizações		

Anexo II:
Acrónimo SPICES

FULMER SPICES: Uma Ferramenta De Avaliação Global Para A Pessoa Idosa

Nome:	Data:	
SPICES	EVIDÊNCIA	
	SIM	NÃO
Sleep Disorders (alterações do sono)		
Problems Whith Eating Or Feeding (alterações alimentares)		
Incontinence (incontinência)		
Confusion (confusão)		
Evidence Of Falls (equilíbrio, risco de quedas)		
Skin Breakdown (integridade cutânea e risco de úlceras de pressão)		

Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48.

Anexo III:

Instrumentos cedidos na plataforma da RNCCI

“Avaliação de Enfermagem”

Rede Nacional de Cuidados Continuados

Página 1 de 2

Olá E.L.S.C.10.03.0020 Sair Sobre...

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal

Episódios

Ficha Utentes

Contratos

AValiação DE ENFERMAGEM:

? Ajuda

Gravar

Cancelar

* Indica campo obrigatório

NOTAS ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM

Risco de aspiração	<input type="checkbox"/>	Risco de desidratação	<input type="checkbox"/>
Risco de obstipação	<input type="checkbox"/>	Risco de ulcera pressão	<input type="checkbox"/>
Risco de maceração	<input type="checkbox"/>	Risco de queda	<input type="checkbox"/>
Risco de rigidez articular	<input type="checkbox"/>	Confusão	<input type="checkbox"/>
Comunicação alterada	<input type="checkbox"/>	Adesão ao regime terapêutico não demonstrada	<input type="checkbox"/>
Stress do prestador de cuidados	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Aspirar secreções	<input type="checkbox"/>	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo	<input type="checkbox"/>
Executar tratamento ao estoma	<input type="checkbox"/>	Executar tratamento a ferida traumática	<input type="checkbox"/>
Executar tratamento a ferida cirúrgica	<input type="checkbox"/>	Executar tratamento a ulcera de pressão	<input type="checkbox"/>
Estimular a pessoa para o auto-cuidado	<input type="checkbox"/>	Estimular a pessoa para adesão ao regime terapêutico	<input type="checkbox"/>
Trocar saco colostomia	<input type="checkbox"/>	Trocar saco drenagem de ferida	<input type="checkbox"/>
Trocar saco ileostomia	<input type="checkbox"/>	Trocar sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/>
Trocar cânula de traqueostomia	<input type="checkbox"/>	Trocar saco de urina	<input type="checkbox"/>
Trocar cateter urinário	<input type="checkbox"/>	Trocar cateter venoso periférico	<input type="checkbox"/>
Trocar Fralda	<input type="checkbox"/>		

ENSINAR DOENTE/CUIDADOR SOBRE

Execução de técnicas	<input type="checkbox"/>	Regime terapêutico	<input type="checkbox"/>
Auto-cuidados	<input type="checkbox"/>	Hábitos de risco	<input type="checkbox"/>

TERAPIA

Inaloterapia	<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>
Terapia com Dispositivos Auxiliares	<input type="checkbox"/>	Terapia com Fluidos ou Electrólitos	<input type="checkbox"/>
Terapia Intravenosa	<input type="checkbox"/>	Terapia Nutricional	<input type="checkbox"/>

DISPOSITIVO DE CORRECÇÃO

Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/>	Óculos	<input type="checkbox"/>
Membro Artificial	<input type="checkbox"/>	Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>

DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO

Aparelho Gessado	<input type="checkbox"/>	Barreira Limitadora	<input type="checkbox"/>
Grades da Cama	<input type="checkbox"/>	Tala	<input type="checkbox"/>

DISPOSITIVO DE MOBILIZAÇÃO

Barra de Apoio	<input type="checkbox"/>	Dispositivo para Levante	<input type="checkbox"/>
Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>		

Tempo de resposta do Servidor: 0.19 segundos.
© 2014 GestCare CCI

“Avaliação do Risco de Desenvolvimento de UP”

Rede Nacional de Cuidados Continuados

Página 1 de 1

Olá E.L.S.C.10.03.0020 [Sair](#) [Sobre...](#)

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal

Episódios

Ficha Utentes

Contratos

RISCO DE ULCERA DE PRESSÃO:

? Ajuda

Gravar

Cancelar

* Indica campo obrigatório

Percepção sensorial: * --Seleccionar--

Humidade: * --Seleccionar--

Actividade: * --Seleccionar--

Mobilidade: * --Seleccionar--

Nutrição: * --Seleccionar--

Fricção e forças de
deslizamento: * --Seleccionar--

Risco:

Pontuação:

Gravar

Cancelar

Tempo de resposta do Servidor: 0.31 segundos.
© 2014 GestCare CCI

“Avaliação Biopsicossocial”

Rede Nacional de Cuidados Continuados

Página 1 de 3

Olá E.L.S.C.10.03.0020 [Sair](#) [Sobre...](#)

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA:

[? Ajuda](#)

Gravar

Cancelar

* Indica campo obrigatório

Data : * (aaaa-mm-dd)

Tipo de avaliação

* --Selecionar--

Perfil

Biopsicossocial

Respondeu ao inquérito: *

--Selecionar--

Queixas de saúde

[Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui](#)

Queixas Musculo-esqueléticas:

--Selecionar--

Queixas Visão

--Selecionar--

Queixas Audição:

--Selecionar--

Queixas Pele:

--Selecionar--

Queixas Outros Órgãos/Sistemas:

--Selecionar--

--Selecionar--

Estado de nutrição

[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Peso (em Kg, ex: 68.4) :

Altura (em m, ex: 1.71) : *

IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²):

CINT - Cintura - 1ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 2ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 3ª (em cm) : *

CINT - Cintura - (cm):

Quedas

Na primeira avaliação tipo Admissão/Ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano. Nas seguintes avaliações devem ser consideradas as quedas verificadas desde a última avaliação.

Nº de Quedas: *

Momento de Quedas: *

--Selecionar--

Motivo de Quedas: *

--Selecionar--

Sequelas de Quedas ocorridas: *

--Selecionar--

Locomoção

Andar em casa, dentro de edifícios: *

--Seleccionar--

Andar na rua: *

--Seleccionar--

Andar em escadas: *

--Seleccionar--

Locomoção e meios para visão e

audição: *

--Seleccionar--

Autonomia física

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se): *

--Seleccionar--

Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir): *

--Seleccionar--

Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar): *

--Seleccionar--

Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar): *

--Seleccionar--

Sentar-se/levantar-se de cadeiras(mover-se, transferir-se, andar): *

--Seleccionar--

Controlar a urina: *

--Seleccionar--

Controlar as fezes: *

--Seleccionar--

Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer): *

--Seleccionar--

Autonomia Física e meios para visão e audição: *

--Seleccionar--

Autonomia Instrumental

Usar o telefone (marcar nºs, atender): *

--Seleccionar--

Fazer compras (todas as compras necessárias): *

--Seleccionar--

Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se): *

--Seleccionar--

Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza): *

--Seleccionar--

Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena): *

--Seleccionar--

Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir): *

--Seleccionar--

Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos): *

--Seleccionar--

Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco): *

--Seleccionar--

Autonomia Instrumental e meios para visão e audição: *

--Seleccionar--

Queixas emocionais

Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui

Triste / deprimido *

--Seleccionar--

Queixas triste : --Seleccionar--

Nervoso / ansioso *

--Seleccionar--

Queixas nervoso :

--Seleccionar--

Outras Queixas Emocionais: *

--Seleccionar--

Queixas outras : --Seleccionar--

--Seleccionar--

Estado cognitivo

Orientação no tempo

Ano - Em que ano estamos ? *

--Seleccionar--

Mês - Em que mês estamos ? *

--Seleccionar--

Dia do mês - Quantos são hoje ? *

--Seleccionar--

Estação do ano - Em que estação do ano estamos ? *

--Seleccionar--

Dia da semana - Que dia da semana é hoje ? *

--Seleccionar--

Orientação no espaço

Pais - Como se chama o nosso pais ? *

--Seleccionar--

Distrito - Em que distrito vive ? *

--Seleccionar--

Terra - Em que terra vive ? *

--Seleccionar--

Casa - Como se chama esta casa ? *

--Seleccionar--

Andar - Em que andar estamos ? *

--Seleccionar--

Estado social

[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Estado Civil *

--Seleccionar--

Nº coabitantes : *

Tempo em que está só nas 24h : *

--Seleccionar--

Ter com quem desabafar / ter confidente(falar de assuntos pessoais) : *

--Seleccionar--

Escolaridade : *

--Seleccionar--

Profissão : *

--Seleccionar--

Hábitos

[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Andar a pé na rua (nº horas / semana) : *

Ginástica ou desporto (nº horas / semana) : *

Outra actividade física (nº horas / semana) : *

AF - Actividade Física (nº horas / semana) : *

Nº de Refeições /dia : *

Peq Almoço

☐

Meio Manhã

☐

Almoço

☐

Lanche

☐

Jantar

☐

Ceia

☐

Outra(s)

☐

Gravar

Cancelar

Tempo de resposta do Servidor: 0.30 segundos.

© 2014 GestCare CCI

“Avaliação da Dor”

Rede Nacional de Cuidados Continuados

Página 1 de 1

Olá [E.L.S.C.10.03.0020](#) [Sair](#) [Sobre...](#)

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos

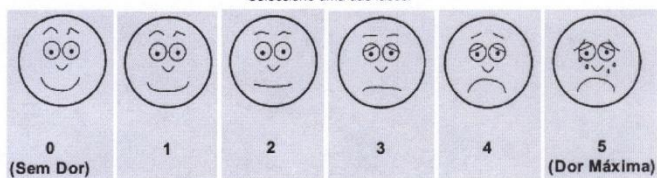
INTENSIDADE DA DOR:

[? Ajuda](#)

* Indica campo obrigatório

INTENSIDADE DA DOR

Selecione uma das faces.*



SINAIS VITAIS

Temperatura Tensão Arterial (Máxima/Mínima) /
Frequência Cardíaca Frequência Respiratória

OBSERVAÇÕES

Tempo de resposta do Servidor: 0.25 segundos.
© 2014 GestCare CCI

“Avaliação do Estado da UP”

Olá E.L.S.C.10.03.0020 Sair Sobre...

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos

ÚLCERAS DE PRESSÃO - AVALIAÇÃO: !

? Ajuda

Cancelar Validar

* Indica campo obrigatório

Localização *	-Seleccionar-
Lateralidade *	-Seleccionar-
Direcção *	-Seleccionar-
Forma *	-Seleccionar-
Tamanho *	-Seleccionar-
Profundidade *	-Seleccionar-
Contornos *	-Seleccionar-
Loca *	-Seleccionar-
Tipo de tecido necrótico *	-Seleccionar-
Quantidade de tecido necrótico *	-Seleccionar-
Tipo de exsudado *	-Seleccionar-
Quantidade de exsudado *	-Seleccionar-
Cor da pele circundante da ferida *	-Seleccionar-
Enduração tecidual periférica *	-Seleccionar-
Edema do tecido periférico *	-Seleccionar-
Tecido de granulação *	-Seleccionar-
Epitelização *	-Seleccionar-
Data	<input type="text"/> (aaaa-mm-dd)
Pontuação total	<input type="text"/>

Cancelar Validar

Tempo de resposta do Servidor: 0.18 segundos.
© 2014 GestCare CCI

Anexo IV:

Pedido de autorização para aplicação MNA-SF®

From: Ana Bento [mailto:ana.bento@csalhandra.min-saude.pt]

Sent: terça-feira, 11 de Dezembro de 2013 19:21

To: Lory,Filipa,LISBOA,Local Performance & Develop.Manager

Subject: Mini Nutricional Assesement - Short Form

Boa Tarde

Sou a Enfª Ana Bento da UCC de Vila Franca de Xira e encontro-me a terminar a especialização em enfermagem médico-cirúrgica e mestrado em enfermagem na pessoa idosa.

Venho por este meio solicitar a sua colaboração relativamente à utilização do *Mini Nutricional Assesement* e o *Mini Nutricional Assesement - Short Form* para avaliação nutricional da pessoa idosa, em casa. As guidelines internacionais e os protocolos geriátricos recomendam a avaliação do estado nutricional através destes instrumentos. Poderei utilizá-los e aplica-los em estágio ou requer autorização dos autores?

Nos idosos que estão acamados em casa, não é possível determinar o seu peso correto e real. O *Mini Nutricional Assesement - Short Form* com a utilização do perímetro da perna encontra-se validado para a população portuguesa?

Ficarei a aguardar resposta,

Atenciosamente

Ana Bento

RE: Mini Nutricional Assesement - Short Form

Lory,Filipa,LISBOA,Local Performance & Develop.Manager

<Filipa.Lory@pt.nestle.com>

Ola Enf Ana,

Envio em anexo a short form e alguns estudos. Em Portugal existem vários colegas seus que utilizam o MNA.

Segue igualmente um site com informações sobre o teste:(www.mna-elderly.com).

Em baixo um email com informações do nossos departamento médico de Espanha:

Thank you for your interest in Nestlé's Mini Nutritional Assessment (MNA®). Nestlé encourages the use of the MNA® in clinical settings such as your hospital setting. No special permission is required to use the MNA® as long as absolutely no changes are made to the MNA® as downloaded from the MNA® website (www.mna-elderly.com). There are no fees to use the MNA®.

The MNA® was specifically developed and validated for use in the older adult (age 65 and older) and incorporates special considerations for the elderly (e.g. functionality, depression, and dementia). Although some studies have included subjects under age 65, its validity in that population has not been established. At this time, Nestlé does not make recommendations for use of the MNA® in persons under age 65.

Thank you again for your interest in the MNA®. Please let me know if you have further questions.

Kind regards,

Janet Skates

Nestlé Health Sciences Consultant

MNA® Mini Nutritional Assessment Application 1 (423) 239-7176

janetskates@yahoo.com

Qualquer questão adicional por favor disponha.

Filipa Caetano Lory

Pharmacy and Institutions Specialist

APÊNDICES

Apêndice 1:

Alterações orgânicas do envelhecimento

Pinto e Botelho (2007) definem o envelhecimento como “um processo fisiológico que afeta todas as estruturas do organismo, com a particularidade de cada órgão e tecido ter um ritmo próprio de envelhecer” (p.493). As alterações do envelhecimento são progressivas e irreversíveis, envolvem os vários órgãos e sistemas, perturbando mecanismos fisiológicos e expressando-se de forma variável em cada indivíduo, numa perspetiva de avaliação da pessoa idosa indivíduo como um todo no seu processo de envelhecimento, deve ter-se em consideração:

- No **sistema cardiovascular** existe um processo de endurecimento dos vasos do coração, fibrose e espessamento ventriculares e valvulares que promovem um aumento do esforço cardíaco, uma menor capacidade de volume sistólico e menor débito cardíaco; Os vasos sanguíneos particularmente as artérias, constituídas por tecido conjuntivo, tornam-se espessas e pouco elásticas promovendo o aumento da pressão arterial;
- O **sistema respiratório**, a nível pulmonar perde vascularização e elasticidade, com fibrose. Há tendência a um desequilíbrio na ventilação/perfusão, há hipoxemia por espessamento da membrana alvéolo-capilar por diminuição da área responsável pelas trocas gasosas. A nível das vias aéreas há uma reduzida atividade ciliar e de secreções também havendo depressão do reflexo da tosse.
- O **sistema músculo-esquelético** apresenta uma diminuição da massa muscular com redução do número e tamanho das células musculares que por fibrose e atrofia reduzem a força contráctil; Os ossos tornam-se mais frágeis, quebradiços e porosos pela presença de osteopenia, atrofia do tecido ósseo ou osteoporose; As articulações têm diminuição do aporte circulatório, espessamento do líquido articular e alterações degenerativas; A altura reduz-se por perda estrutural (discos intervertebrais e vertebrae) e alterações de postura (inclinação do corpo para a frente);
- No **sistema tegumentar**, a pele torna-se mais fina e enrugada por perda e modificação do colagénio e elastina. A gordura subcutânea é redistribuída e aumenta no perímetro abdominal dos homens e nas coxas das senhoras, e diminui (atrofia) a nível da face, dorso das mãos e planta do pé. Há uma perda das glândulas sebáceas que promove a secura da pele. Por perda de melanócitos nos bulbos pilosos há um branqueamento do cabelo e pilosidades;

- O **sistema renal** apresenta uma redução da taxa de filtração glomerular, uma diminuição na concentração/diluição da urina promovendo uma resposta retardada à restrição de sódio ou fluidos, perturbação da excreção de alguns fármacos e ainda nictúria. Ao nível da bexiga há um enfraquecimento da musculatura vesical e de esfíncteres que proporciona dificuldades na retenção e esvaziamento deste órgão;
- O **sistema gastrointestinal**: a nível da cavidade oral há a perda de dentes que se deve principalmente pela deficiente higiene oral, a língua sofre um aumento de massa muscular e perda de papilas gustativas, há uma diminuição de saliva por diminuição de secreção das glândulas salivares. A nível do estômago há uma diminuição da acidez gástrica. A presença de atrofia intestinal provoca dificuldade de absorção de alguns nutrientes (cálcio, ferro e vitaminas B1 e B12), a reduzida mobilidade do colon promove obstipação. A função hepática é mais lenta o que retarda o metabolismo de alguns fármacos;
- No **sistema endócrino** há uma resistência à insulina e uma alteração da produção e degradação da tiroxina, a absorção e ativação da vitamina D é reduzida levando a situações de osteopenia, a diminuição de estrogénios na mulher e de testosterona no homem (convertida em hidrotestosterona) são responsáveis por menopausa, esterilidade e atrofia dos órgãos sexuais secundários na mulher e aumento da próstata no homem;
- No **sistema hematológico** há que ter em linha de conta a redução da quantidade de medula óssea ativa devido a infiltração lipídica;
- No **sistema imunitário**, a nível do timo há uma involução, que consiste na sua substituição por tecido adiposo, o que se traduz na diminuição da sua função, na função das células T, na resposta por anticorpos, assim como a resposta mediada por células;
- O **sistema nervoso** perde os seus neurónios, pela incapacidade de divisão das células ganglionares. Ao nível do sistema nervoso central pode verificar-se uma atrofia cerebral, uma diminuição da velocidade de condução nervosa que se manifesta em perda de memória imediata (de curta duração), dificuldades de aprendizagem e demora no tempo de reação. Há também uma redução dos níveis dos neurotransmissores e suas enzimas que contribuem para alterações do sono, perturbações neuromusculares e humor depressivo. Ao nível do

sistema nervoso periférico há a possibilidade de perda de reflexos, perturbações simpáticas e parassimpáticas. Uma redução dos neurónios sensoriais mecanorreceptores: a nível cutâneo diminui o **tacto** e a sensação de pressão na pele, proporcionando risco no desenvolvimento de úlceras de pressão; a nível da deglutição reduz a sensibilidade à presença de objetos na garganta manifestando disfagia; a nível da bexiga e reto, não havendo percepção da presença de urina ou fezes podem manifestar, respectivamente, incontinência vesical e obstipação; a nível da pressão arterial faz com que haja uma tendência para a sua elevação, assim como no mecanismo da sede, a sua ausência promove a desidratação; A **visão** sofre alterações que se relacionam com as dificuldades de acomodação, com a visualização das cores e no escuro, as alterações da visão estática são possíveis de compensar através de óculos. Tal não acontece com a visão dinâmica onde a dificuldade de distinção do movimento de um objeto depende dos neurónios do córtex visual que se vão perdendo; A **audição** é afetada quando existem alterações do ouvido, as mais relevantes são ao nível do ouvido médio onde por rigidez e inflexibilidade dos ossículos e do tímpano produzem uma surdez de condução e ao nível do ouvido interno por degenerescência neural há uma diminuição da acuidade auditiva para alta frequência designada por surdez de percepção, esta possível de compensar com prótese auditiva; O **paladar** é comprometido pela redução do número e sensibilidade das papilas gustativas; Também o **olfato** é prejudicado por degenerescência das zonas do sistema nervoso central que o detetam. A combinação entre estes dois sentidos é responsável pela escolha e deleite do padrão alimentar e o seu compromisso pode contribuir para uma deterioração do estado nutricional.

Referência bibliográfica:

Pinto, A. & Botelho, M. (2007). Fisiopatologia do Envelhecimento. In Pinto. A. (Coord.). *Fisiopatologia- Fundamentos e Aplicações* (pp. 493- 514). Lousã: Lidel.

Apêndice 2:

Níveis de prevenção

Neste projeto foi possível distinguir vários níveis de prevenção: prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária em diferentes situações de prestação de cuidados. Existem cinco tipos de prevenção (*in* portal saúde publica):

⇒ **Prevenção primordial** - Previne padrões de vida social, económica ou cultural que se sabem estar ligados a um elevado risco de doença, promove-se a saúde e o bem-estar e diminui-se a probabilidade de ocorrência de doença no futuro. Curiosamente, de forma a ilustrar este tipo de prevenção, foi encontrado um estudo de Lira et al (2012), em que através de uma revisão bibliográfica procuraram relacionar as medidas educativas para a promoção da integridade cutânea da pele em idosos, com as Cartas de Promoção de Saúde, e apontaram como principais medidas educativas a inspeção diária da pele e mudanças de decúbito. Essas medidas estavam relacionadas com as Cartas de Ottawa (reconhece a pessoa como o principal recurso para a saúde), Declaração de Santafé de Bogotá (impulsiona a promoção da saúde) e Declaração de Jacarta (defende o acumular de conhecimentos para as melhores práticas) e concluíram que as medidas educativas, baseadas nas cartas são fundamentais para a criação de uma cultura de saúde e consequente promoção de saúde;

⇒ **Prevenção primária** - Visa evitar ou remover fatores de risco ou causais ao nível individual, a grupos selecionados ou à população em geral, antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença. Pode-se considerar as políticas para um Envelhecimento Ativo (OMS, 2005) ou uma avaliação do grau de dependência da pessoa idosa, por exemplo, através do Índice de Barthel e dos seus diferentes itens que facilitam a avaliação dos fatores de risco que podem potenciar a perda de integridade cutânea (Sequeira, 2010);

⇒ **Prevenção secundária** - Corresponde à deteção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos para a situação em estudo. Este nível de prevenção pressupõe o conhecimento da história natural da doença, a existência de um período de deteção precoce e facilmente detetável, esperando-se que haja diminuição da prevalência da doença, essencialmente pela diminuição da duração da mesma. Um exemplo que pode representar este nível de prevenção foi o trabalho desenvolvido por Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado,

publicado em 2007, através da tradução, validação e implementação nacional da escala de Braden (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007; DGS, 2011);

⇒ **Prevenção terciária** - Tem como objetivos: limitar a progressão da doença, circunscrevendo-a; evitar ou diminuir as consequências ou complicações da doença como as insuficiências, incapacidades, sequelas, sofrimento ou ansiedade, morte precoce; promover a adaptação do doente às consequências inevitáveis - situações incuráveis; e prevenir recorrências da doença, ou seja, controla-la e estabiliza-la. A utilização do instrumento pelo acrónimo SPICES pode ser um exemplo desta prevenção, uma vez que promove uma intervenção de Enfermagem nas síndromes geriátricas mais comuns, na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada. São medidas pró-ativas centradas em seis pontos comuns: *Sleep disorders*; *Problems with eating and feeding*; *Incontinence*; *Confusion*; *Evidence of fall* e *Skin breakdown* (Fulmer, 2007).

⇒ **Prevenção quaternária** - Trata-se dum nível de prevenção recentemente introduzido – “o 5º nível”. Apesar de não ser aceite por muitos, este nível de prevenção assenta num conjunto de evidências e argumentos de contexto muito atual e premente, relacionadas com, evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico – atos desnecessários ou injustificados, “passivos” ou “ativos”. Estar sensibilizado para este nível de prevenção é muito pertinente quando se tratam de pessoas idosas, exemplo disto pode ser o despiste de excesso de medicação: os sedativos provocam diminuição da capacidade sensoriomotora ou os corticoides inibem a função imunológica aumentando o risco de desenvolvimento de UP (Morison, 2004; Dealey, 2006; Ferreira et al, 2007).

Referências bibliográficas:

Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: CLIMEPSI

Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)*. Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007) . *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.

Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48. Acedido a 08/06/2013.
Disponível:http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx

Lira, A., Sá, J., Nogueira, I., Medeiros, M., Fernandes, M. & Vitor, A. (2012) Integridade da pele em idosos: revisão da literatura segundo as cartas de promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 17(4). 767-774. Acedido a 01/04/2013. Disponível:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/30389/19664>

Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde.
Disponível:
http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Portal de Saúde Pública:

www.saudepublica.web.pt

<http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Apêndice 3:

Quadro de planejamento de estágio

QUADRO DE PLANEAMENTO DE PROJETO: local de estágio_ hospital

OBJETIVO GERAL:	IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS QUE PERMITAM O DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS PARA A PREVENÇÃO DE ULCERAS DE PRESSÃO NA PESSOA IDOSA	
ESPECIFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Sensibilizar a equipa de enfermagem hospitalar na identificação da pessoa idosa em risco de fragilidade ou de desenvolver UP e o seu encaminhamento para a comunidade	Pesquisa bibliográfica através das bases científicas, atualizando a melhor evidência na promoção das melhores práticas	Descreve: intervenções autónomas de enfermagem, síndromes geriátricas, as principais medidas preventivas a implementar em caso de risco de desenvolvimento de UP na pessoa idosa, acrónimo SPICES, Equipa de Gestão de Altas (EGA)
	Reunião com a enfermeira chefe do serviço de medicina, de modo, a compreender o processo de encaminhamento para a alta, nomeadamente, à pessoa idosa em risco de fragilidade ou de desenvolver UP.	Carateriza o encaminhamento das pessoas idosas em risco de fragilidade ou de desenvolver UP no processo da alta para a comunidade
	Reunião de equipa para divulgação formal do projeto junto da equipa de enfermagem solicitando a sua colaboração	Descreve o resultado da reunião
	Reunião de equipa de Enfermagem para levantamento das suas necessidades na articulação com as equipas na comunidade e discussão de estratégias para contribuir para a continuidade dos cuidados de enfermagem da pessoa idosa em risco mas sem lesões cutâneas, na comunidade	Identifica de que forma é realizada a sinalização da pessoa idosa em risco, sem lesões cutâneas, para a EGA ou comunidade. Identifica as necessidades da equipa hospitalar na articulação com as equipas na comunidade e dá contributos para a continuidade dos cuidados de enfermagem da pessoa idosa em risco mas sem lesões cutâneas, na comunidade
	Observação dos cuidados prestados pela equipa à pessoa idosa em risco de fragilidade ou de desenvolver UP utilizando uma grelha de observação para caracterização dos cuidados prestados pela equipa à pessoa idosa	Identifica e caracteriza os principais cuidados prestados e valorizados pela equipa à pessoa idosa em risco de fragilidade ou de desenvolver UP
	Reunião com a EGA para identificação das transferências da pessoa idosa e discussão de estratégias para contribuir para a continuidade dos cuidados de enfermagem da pessoa idosa em risco mas sem lesões cutâneas, na comunidade.	Identifica o processo de transferência da pessoa idosa e identifica estratégias que contribuem para a continuidade dos cuidados de enfermagem da pessoa idosa em risco mas sem lesões cutâneas, na comunidade.
	Reunião com a Comissão de Gestão de Feridas do Hospital para identificar o seu papel na prevenção de UP	Caraterizar a intervenção da Comissão de Gestão de Feridas do Hospital a nível da prevenção de UP na pessoa idosa internada e as estratégias preconizadas na alta
	Realização de ação de formação para apresentação dos dados atuais do serviço e da pertinência da transferência e encaminhamento da pessoa idosa dependente, com síndrome de fragilidade e alto risco de UP	Apresenta ação de formação adequada às necessidades da equipa
	Elaboração de dois posters ilustrativos: sobre as síndromes geriátricas para contribuir para deteção precoce da síndrome de fragilidade da pessoa idosa (despiste rápido de declínio funcional através do acrónimo SPICES) e sobre a organização do ACES e as suas Unidades Funcionais de Saúde	Apresenta posters ilustrativos sobre as síndromes geriátricas e sobre a organização do ACES Estuário do Tejo e todas as suas Unidades Funcionais de Saúde e contactos preferenciais.

Capacitar a família /cuidador na prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa	Pesquisa bibliográfica através das bases científicas, atualizando a melhor evidência na promoção das melhores práticas	Descreve: cuidador familiar, formação de adultos, integridade cutânea, cuidados à pele, alterações da pele, higiene da pele, hidratação da pele, conforto da pele (alívio de pressão e posicionamentos)
	Caraterização do cuidador familiar	Identifica e carateriza o cuidador familiar que presta cuidados à pessoa idosa
	Envolvimento do cuidador familiar no processo formativo das famílias através: de demonstração da prática de cuidados de manutenção da pele da pessoa idosa, nomeadamente, alterações da pele, higiene da pele, hidratação da pele, conforto da pele (alívio de pressão e posicionamentos); de partilha de cuidados entre equipa e cuidador familiar; e observação da prestação de cuidados à pele pelo cuidador familiar através de grelha de observação.	Identifica os cuidadores familiares que participam na prestação de cuidados à pessoa idosa e descreve as mudanças na sua prestação após o envolvimento no processo formativo das famílias
OBJETIVO GERAL:	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA	
ESPECÍFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Agir como enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa	Autoformação através de pesquisa bibliográfica baseada na investigação atual, nas bases científicas disponíveis, atualizando e adequando a melhor evidência na promoção das melhores práticas de cuidados à pessoa idosa	Descreve: Processo de envelhecimento, avaliação multidimensional do idoso, síndromes geriátricas, funcionalidade, declínio funcional, dependência, autonomia
	Deteção precoce de fatores de risco para o desenvolvimento de UP e síndrome de fragilidade da pessoa idosa	Detecta precocemente factores de risco e identifica as necessidades na prestação de cuidados à pessoa idosa
	Utilização de instrumentos de avaliação (avaliação multidimensional)	Carateriza os domínios mais alterados das escalas de avaliação utilizadas e identifica e utiliza as medidas preventivas a serem implementadas
	Seleção e prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa de acordo com as síndromes geriátricas mais frequentes (SPICES) e prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, com dependência funcional (Barthel) e alto risco de desenvolver UP (Braden), e família	Identifica e caracteriza a pessoa idosa em risco: síndrome de fragilidade e de desenvolvimento de UP. Presta cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, de acordo com as síndromes geriátricas baseadas nas perturbações do sono, nutrição, incontinência, estados confusionais, risco de quedas e úlceras de pressão, apresenta os resultados em percentagem. Elabora estudo de caso. Utiliza a prestação de cuidados como formadora dos pares.
	Envolvimento e participação do idoso/família nos cuidados à pessoa idosa	Descreve a participação do idoso/família nos cuidados à pessoa idosa, identifica facilidades e dificuldades

CRONOGRAMA

[illegible]

QUADRO DE PLANEAMENTO DE PROJETO: local de estágio_ ECCI

OBJETIVO GERAL:	IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS QUE PERMITAM O DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS PARA A PREVENÇÃO DE ULCERAS DE PRESSÃO NA PESSOA IDOSA	
ESPECIFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Desenvolver competências na equipa de Enfermagem na prevenção de úlceras de pressão da pessoa idosa	Pesquisa bibliográfica através das bases científicas, atualizando a melhor evidência na promoção das melhores práticas	Descreve: formação de adultos, equipas multidisciplinares, Índice de Barthel, Escala de Braden, intervenções para estimular e desenvolver a funcionalidade da pessoa idosa, intervenções preventivas para o desenvolvimento de UP da pessoa idosa
	Reunião com a enfermeira coordenadora de UCC, de modo, a compreender as necessidades reais do serviço, no âmbito da identificação da presença de síndrome de fragilidade da pessoa idosa e/ou em risco de desenvolver UP	Apresenta os resultados da reunião: Identifica as necessidades do serviço no âmbito da identificação da pessoa idosa na presença de síndrome de fragilidade e/ou em risco de desenvolver UP
	Reunião de equipa de enfermagem, para divulgação formal do projeto, solicitando a sua colaboração através do seu envolvimento no projeto	Descreve o resultado da reunião
	Identificação dos instrumentos de avaliação de risco de desenvolvimento de UP e dependência funcional na pessoa idosa e sugestão de outros instrumentos necessários	Identifica os instrumentos existentes (de risco de desenvolvimento de UP e dependência funcional na pessoa idosa) e sugere instrumento para avaliação da presença das síndromes geriátricas (SPICES), avaliação nutricional, genograma, avaliação da pele
	Caracterização dos dados relativos aos scores totais e parcelares da pessoa idosa, nos diferentes itens da presença das síndromes geriátricas (SPICES), do Índice de Barthel e da Escala de Braden;	Apresenta os scores totais e parcelares da pessoa idosa, nos diferentes domínios da presença das síndromes geriátricas (SPICES), do Índice de Barthel e da Escala de Braden;
	Elaboração com a equipa de protocolo de prevenção para estimular a mobilidade e desenvolver a funcionalidade da pessoa idosa em risco desenvolver UP, nos diferentes itens do Índice de Barthel;	Apresenta protocolo de prevenção para estimular a mobilidade e desenvolver a funcionalidade da pessoa idosa em risco desenvolver UP, nos diferentes domínios do Índice de Barthel;
	Elaboração, com a equipa de Enfermagem, de protocolo preventivo para a pessoa idosa, em risco desenvolver UP, nos diferentes itens da Escala de Braden	Apresenta protocolo preventivo para a pessoa idosa, em risco desenvolver UP, para os diferentes domínios da escala de Braden
Promover competências na família /cuidador na prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa	Pesquisa bibliográfica através das bases científicas, atualizando a melhor evidência na promoção das melhores práticas	Descreve: cuidador/caregiver, formação de adultos, integridade cutânea, cuidados à pele, alterações da pele, higiene da pele, hidratação da pele, conforto da pele (alívio de pressão e posicionamentos)
	Caraterização do cuidador através da grelha de identificação e caracterização do cuidador	Identifica e carateriza o cuidador que presta cuidados à pessoa idosa
	Identificação do tipo de dificuldades mais frequentes do cuidador nas situações de prestação de cuidados à pessoa idosa (Índice de avaliação das dificuldades do cuidador- CADI- <i>Carer's Assessment of Difficulties Index</i>)	Descreve as necessidades do cuidador nas situações de prestação de cuidados à pessoa idosa
	Identificação junto do cuidador de necessidades de formação, na prestação de cuidados, através de grelha de caracterização dos cuidados de	Identifica as necessidades de formação do cuidador, na prestação de cuidados, relativamente aos cuidados de manutenção à pele da

Promover competências na família /cuidador na prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa (continuação)	manutenção à pele prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente em risco de desenvolver UP	pessoa idosa
	Envolvimento do cuidador no processo formativo das famílias através: de demonstração da prática de cuidados de manutenção da pele da pessoa idosa, nomeadamente, alterações da pele, higiene da pele, hidratação da pele, conforto da pele (alívio de pressão e posicionamentos) e explicação das causas e fatores de desenvolvimento de UP; partilha de cuidados entre equipa e cuidador; e comparação da caracterização dos cuidados à pele realizados pelo cuidador inicialmente com observação da prestação de cuidados à pele pelo cuidador após intervenção formativa.	Identifica os cuidadores que participam na prestação de cuidados à pessoa idosa e descreve as mudanças na sua prestação após o envolvimento no processo formativo das famílias
	Elaboração pela equipa, de documentos temáticos (suporte escrito) para o cuidador, para uma abordagem aos cuidados de manutenção da pele da pessoa idosa dependente, em risco de desenvolver UP e consequentes ações preventivas ao desenvolvimento de úlceras de pressão	Existência de documentos temáticos para o cuidador, para uma abordagem aos cuidados de manutenção da integridade da pele da pessoa idosa (cada necessidade é representada por um documento que é selecionado e entregue pela equipa ao cuidador segundo as suas necessidades)
OBJETIVO GERAL:	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA	
ESPECÍFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	AValiação
Agir como enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa	Autoformação através de pesquisa bibliográfica baseada na investigação atual, nas bases científicas disponíveis, atualizando e adequando a melhor evidência na promoção das melhores práticas de cuidados à pessoa idosa;	Descreve: Processo de envelhecimento, avaliação multidimensional do idoso, síndromes geriátricas, funcionalidade, declínio funcional, dependência, autonomia
	Deteção precoce da presença de síndrome de fragilidade da pessoa idosa e de fatores de risco para o desenvolvimento de UP;	Detecta precocemente factores de risco e identifica as necessidades na prestação de cuidados à pessoa idosa
	Utilização de instrumentos de avaliação (avaliação multidimensional) para completar a colheita de dados de todos os utentes da ECCI	Carateriza os domínios mais alterados das escalas de avaliação utilizadas e identifica e utiliza as medidas preventivas a serem implementadas
	Seleção e prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa de acordo com as síndromes geriátricas mais frequentes (SPICES) e prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, com dependência funcional (Barthel) e alto risco de desenvolver UP (Braden), e família	Identifica e caracteriza a pessoa idosa em risco: síndrome de fragilidade e de desenvolvimento de UP. Presta cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, de acordo com as síndromes geriátricas baseadas nas perturbações do sono, nutrição, incontinência, estados confusionais, risco de quedas e úlceras de pressão. Elabora estudo de caso. Utiliza a prestação de cuidados como formadora dos pares.
	Envolvimento e participação do idoso/família nos cuidados à pessoa idosa	Descreve a participação do idoso/família nos cuidados à pessoa idosa, identifica facilidades e dificuldades

CRONOGRAMA: QUADRO DE PLANEAMENTO DE PROJETO: local de estágio_ ECCI

		OBJETIVOS	ATIVIDADES DIA	2013										2014						
				OUT	NOV					DEZ					JAN				FEV	
					28	04	11	18	25	02	09	16	20	06	13	20	27	03	10	
					01	08	15	22	29	06	13	19	03	10	17	24	31	07	14	
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA PESSOA IDOSA	3º SEMESTRE	Desenvolver competências na equipa de Enfermagem na prevenção de úlceras de pressão da pessoa idosa	Pesquisa bibliográfica ...																	
			Reunião com a enfermeira coordenadora de UCC...																	
			Reunião de equipa de enfermagem para divulgação formal do projeto...																	
			Identificação dos instrumentos de avaliação ...																	
			Caracterização dos dados relativos aos scores ...																	
			Elaboração com a equipa de protocolo de intervenção ...																	
			Elaboração, com a equipa de Enfermagem, de protocolo preventivo ...																	
		Promover competências na família/Cuidador na promoção da integridade cutânea da pessoa idosa	Pesquisa bibliográfica ...																	
			Caraterização do cuidador ...																	
			Identificação do tipo de dificuldades																	
	Identificação junto do cuidador de necessidades de formação...																			
	Envolvimento do cuidador ...																			
	Elaboração pela equipa de suporte escrito (manual de apoio) ...																			
	Agir como enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa	Autoformação através de pesquisa bibliográfica ...																		
		Deteção precoce ...																		
		Utilização de instrumentos de avaliação ...																		
		Seleção e prestação de cuidados de enfermagem...																		
		Envolvimento e participação do idoso/família...																		
	ORIENTAÇÃO TUTORIAL																			

Apêndice 4:

Estágio Hospitalar:

Caracterização do serviço e caracterização da equipa de enfermagem

Estágio Hospitalar

Caracterização do serviço

A Unidade Hospitalar onde foi realizado o estágio encontrava-se em funcionamento há apenas quatro meses, um hospital com novas instalações, com recente reestruturação dos serviços e das equipas, reorganização do trabalho, adaptação ao local, aos registos... o serviço tinha capacidade total para cinquenta camas e estava dividido em duas alas, cada uma delas com dois quartos de isolamento. Consistia num serviço de internamento, de especialidades médicas (com as valências de medicina interna, cardiologia e infectologia).

Caracterização da Equipa de Enfermagem

A Equipa de Enfermagem, incluindo a Sr.^a Enfermeira Chefe e uma Enfermeira Especialista em Reabilitação, era constituída por 28 enfermeiros (sendo apenas 22% (6) do género masculino), 85% (23) do total de enfermeiros tinha idade inferior a 35 anos e tempo de exercício profissional inferior a 6 anos. Possivelmente relacionados com este facto, os enfermeiros estavam muito atentos a tudo o que poderia favorecer os cuidados prestados. O papel da Enfermeira Especialista em Reabilitação era uma referência para estes enfermeiros e foi fundamental à minha integração e intervenção na equipa de enfermagem. Os enfermeiros, por hábito, validavam as suas intervenções ou verbalizavam dúvidas, nomeadamente em relação aos posicionamentos, transferências ou levantes e revelaram desde o início deste estágio, interesse por algumas especificidades da pessoa idosa relativas às alterações do envelhecimento, como a perda de apetite, a perda do reflexo da sede, características da pele, entre outros.

Apêndice 5:

Estágio comunitário: Caracterização do serviço e ECCI

Estágio na Comunidade

O estágio decorreu numa UCC que se encontrava em funcionamento há três meses: estava prevista a inauguração da Unidade, o que não aconteceu mesmo assim, o projeto iniciou mesmo sem contratualização da carteira de serviços.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (...). 4- À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto – Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho” (DL n.º28/2008- Artigo 11.º, p.1184).

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) tinha na sua composição: duas enfermeiras (uma com especialidade de reabilitação), uma fisioterapeuta, uma técnica superior de serviço social (TSSS), uma psicóloga e um médico de clínica geral e saúde familiar. ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (DL n.º101/2006- Artigo 27.º).

A equipa de enfermagem era composta por duas enfermeiras: a coordenadora da ECCI era enfermeira especialista de reabilitação, vinha de contexto hospitalar (duma unidade de cuidados intensivos pediátricos) e tinha cerca de vinte e sete anos de experiência em pediatria; a outra enfermeira, generalista segundo a carreira anterior de enfermagem, tinha 20 anos de experiência em cuidados de saúde primários, nomeadamente, no âmbito de visitas domiciliárias.

A equipa tinha um total de dez clientes admitidos e dava resposta a quatro unidades funcionais de saúde do seu ACES e a dois hospitais da sua área de influência. A equipa encontrava-se num processo de adaptação: a nível de organização, definição de instrumentos de avaliação e registo e descoberta de objetivos comuns entre os profissionais, orientadores das práticas na prestação de cuidados.

Apêndice 6:

Reflexão- Risco da uniformização e automatização dos registros

REFLEXÃO- Risco da uniformização e automatização dos registos

Programas informáticos que apresentam protocolos preconizados para um determinado problema, intervenções *standart* que generalizam intervenções para todos os clientes, sistematização de intervenções de enfermagem personalizadas... Os registos de enfermagem informatizados, a fim de avaliar indicadores de qualidade, tornam-se por vezes num embuste porque pela facilidade de um “clic” todas as atividades instituídas ou preconizadas pelo programa são realizadas... ou não...

Enfermeiros de um lado para o outro, tarefas, tarefas, tarefas, higiene no leito, medicação e registos... Registos e mais registos: plano terapêutico, diagnósticos de enfermagem, atividades desenvolvidas, atividades a desenvolver, atividades preconizadas em protocolos de intervenção, avaliações de risco... e a pessoa de quem cuidamos, onde fica, neste horário tão dinâmico e apertado?

Os registos não são mais do que a transformação das ações em palavras, diagnósticos categorizados, planos de intervenção *standard*, classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) através de sistemas de apoio à prática de enfermagem (SAPE) ... mas quando se tenta uniformizar, categorizar não se estará a promover um distanciamento do que é a especificidade do outro e do que é único em cada um daqueles que cuidamos? “Na maioria das vezes parece-me que colocamos o nosso modo de agir em “piloto automático”, ou seja, de forma igual ou quase igual para a maioria dos utentes? (...) Atender à individualidade do utente, requer tempo para conhecer a pessoa, tempo (...) tempo (...) tempo (...) E, parece que esse tempo escasseia em saúde” (Coelho, 2013. p.10).

Também Collière (2003) diz “pode-se questionar que elos existem entre esses catálogos de “*ready made diagnostics*” (...), e o discernimento da natureza dos cuidados, a considerar em função da variedade e da complexidade das situações?” (Collière, 2003, p.187). “À força de tudo se querer teorizar, codificar, categorizar..., sufoca-se a prática da enfermagem e desnaturam-se os cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 2000, p.84). Registos para cumprir números e criar estatísticas, confirmar ações que deviam ser desenvolvidas (mas por falta de tempo) foram omissas, mas

que estão à distância de um toque de teclado, para serem realizadas no sistema informático, e não na realidade, durante os cuidados prestados, mas quem o desmente?

Durante a realização de um registo de enfermagem, no turno da manhã, após várias validações de intervenções (lista de cerca de 10 itens), escolhidas pelo programa, para protocolo de intervenção na prevenção de UP foi selecionado “hidratação da pele com creme hidratante”, confrontei a afirmação por não haver creme hidratante no serviço, resposta: “nem vi, isto é só validar...” Há um perigo na uniformização de registos, no ter de validar apenas respostas, há uma promoção à repetição de tarefas, há automatização de registos e não à cognição ou melhoria de cuidados prestados. Além de que, nesta situação concreta, houve prejuízo para quem não usufruiu de hidratação da pele mas também para o serviço, quem verificar os registos daquele serviço deduz que ainda há creme hidratante...

In Diário de aprendizagem em estágio hospitalar

Referências bibliográficas:

- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001)
- Coelho, M. (2013). *Um utente, uma pessoa diferente*. Loures: Lusociência
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. (M. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, 1997)

Apêndice 7:

Caracterização dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem

GRELHA DE OBSERVAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DEPENDENTE E EM RISCO DE DESENVOLVER ULCERAS DE PRESSÃO NO HOSPITAL

O QUE FAZER?	AVALIAÇÃO DE RISCO	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Considera que todo o cliente tem um potencial de risco		
Utiliza a escala de Braden		
Aplica a escala no 1º contacto		
Aplica a escala com periodicidade regular (48/48h e não apenas quando há alterações do estado geral do cliente)		
Regista a avaliação de risco		
O QUE FAZER?	CUIDADOS À PELE	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Observa a pele diariamente		
Verifica as proeminências ósseas		
Verifica locais expostos à humidade		
Pesquisa alterações na pele: temperatura, cor e turgor		
Efetua a higiene diária com sabão neutro		
Lava, enxagua e seca a pele sem a friccionar		
Lava, enxagua e seca as pregas cutâneas e espaços interdigitais		
Aplica creme hidratante		
Não massaja proeminências ósseas		
Recorre a pensos protetores para reduzir a pressão		
Mantem a roupa seca e esticada, tanto da cama como do cliente		
O QUE FAZER?	CONTROLO DA HUMIDADE	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Controla a incontinência fecal e urinária		
Mantem a pele seca em caso de diaforese		

O QUE FAZER?	CONTROLO DA PRESSÃO	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Efetua mobilizações/mudanças posturais		
Elabora plano escrito de posicionamentos		
Estimula a mobilidade e a atividade do cliente		
Efetua mudança da posição em intervalos frequentes, de 2/2H		
Mobiliza o cliente evitando a fricção e o deslizamento		
Em decúbito lateral, não ultrapassa a elevação da cabeceira a mais de 30º		
Evita apoiar o peso do corpo sobre os trocânteres		
O QUE FAZER?	EDUCAÇÃO DO CLIENTE E CUIDADOR	
COMO FAZER?	O QUE SE OBSERVA	ANALISE
Aborda o cliente e cuidador para pedir o seu consentimento pelos cuidados a prestar		
Explica os procedimentos a efetuar		
Identifica a importância da participação do cliente e cuidador nos cuidados à pele		
Promove a privacidade durante a prestação dos cuidados		
Avalia os conhecimentos do cliente e cuidador sobre a prevenção das úlceras de pressão		
Avalia as capacidades do cliente e cuidador sobre a prevenção das úlceras de pressão		
Demonstra e treina a família na avaliação e cuidados à pele		
Demonstra e treina a família nos posicionamentos e mobilizações		

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

Referências Bibliográficas:

- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

-Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN).

-Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). *Preventing pressure ulcers and skin tears*. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2008 Jan. p. 403-29.

Apêndice 8:

Reflexão- Estarão as equipes de enfermagem preparadas para *cuidar*?

REFLEXÃO- Estarão as equipas de enfermagem preparadas para *cuidar*?

Estarão os enfermeiros do hospital e da comunidade preparados para promover cuidados de compensação e manutenção às pessoas idosas em casa quando não se justificam cuidados de reparação? Esta é uma questão central, da enfermagem e dos enfermeiros. Estarão os enfermeiros centrados em *cuidar* a pessoa idosa em casa? Já Collière fazia a diferença entre cuidar e tratar (*to care* e *to cure*), os enfermeiros precisam parar e refletir nas suas práticas.

Alguns dos enfermeiros no hospital questionavam: “Mas vocês fazem visitas domiciliárias mesmo quando os doentes não têm pensos ou tratamentos?”; e alguns dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários interrogavam: “O que é que lá vamos fazer (referindo-se às visitas domiciliárias) se os doentes não têm feridas ou prescrito nenhum tratamento?”. Fico perplexa com estas perguntas, seremos todos enfermeiros? Se é da nossa responsabilidade promover a saúde ajudando a atingir o potencial de saúde máximo do indivíduo, prevenir complicações e facilitar uma readaptação funcional na presença de problemas de saúde, porquê estas perguntas?

O internamento hospitalar serve para responder a uma situação aguda de doença mas também promove a identificação de problemas reais ou potenciais do cliente idoso após a alta, pois os enfermeiros identificam a pessoa idosa dependente internada em risco pela presença de alterações ou por perturbações várias, entre elas, alimentares, do sono, da eliminação ou da mobilidade garantindo a continuidade dos cuidados promovendo a articulação entre serviços, hospitalar e comunitário, através da transferência. Os enfermeiros da comunidade têm de manter e dar continuidade às intervenções de enfermagem iniciadas no hospital adaptando as intervenções de enfermagem àquela pessoa idosa em domicílio, assumindo a transferência, assumindo a tomada de decisão do enfermeiro e assumindo um exercício profissional autónomo.

A necessidade de *ser cuidado* não implica a existência de doença e quando esta é controlada ou mesmo debelada, torna-se uma prioridade, sinalizar as pessoas idosas com limitações e incapacidades decorrentes dessa situação clínica quando

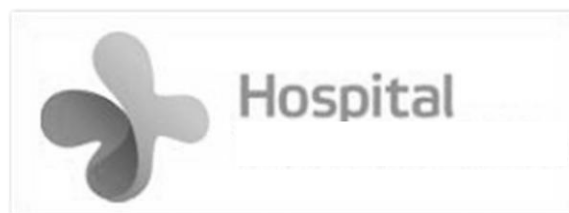
voltam para casa e identificar as necessidades de cuidados de compensação e manutenção, já dizia Marie-Françoise Collière.

Valorizar o que é importante, valorizar o que é Enfermagem e valorizar o que pertence à enfermagem!

In Diário de aprendizagem em estágio hospitalar

Apêndice 9:

Estudo de caso



4º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área Específica De Intervenção Em Enfermagem À Pessoa Idosa

UC ESTAGIO COM RELATORIO

ESTUDO DE CASO:

SINDROME DE FRAGILIDADE

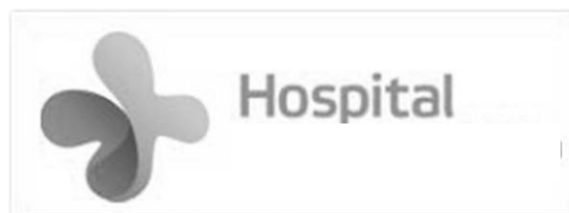
DO IDOSO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

ANA BENTO Nº 4766

LISBOA

OUTUBRO, 2013



4º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área Específica De Intervenção Em Enfermagem À Pessoa Idosa

UC ESTAGIO COM RELATORIO

ESTUDO DE CASO:

SINDROME DE FRAGILIDADE

DO IDOSO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

DISCENTE: ANA BENTO Nº 4766

DOCENTE: PROF. EMÍLIA BRITO

LISBOA

OUTUBRO, 2013

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA	6
1.1. Identificação da pessoa idosa e família- o que sabemos da pessoa	6
1.2. Identificação do contexto de vida da pessoa idosa- o que sabemos do meio que a rodeia	7
1.3. Identificação da situação cuidados a luz do quadro conceptual escolhido- o que sabemos da doença da pessoa	9
2. RESUMO DOS PROBLEMAS OU ALTERAÇÕES IDENTIFICADOS	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA SITUAÇÃO DA DOENÇA	14
3.1. Síndrome de fragilidade do idoso	14
3.2. Cuidar é promover a vida- Collière	19
4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM/ PROJETO DE CUIDADOS	22
5. VALIDAÇÃO DO PLANEAMENTO	24
6. REFLEXÃO SOBRE O CASO	26
7. CONCLUSÃO	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

A doença crónica, na sua complexidade e a pessoa com doença crónica, na sua singularidade, num contexto multidimensional, são um desafio para a enfermagem e para a reflexão pessoal em contexto de aprendizagem: pessoal, académica e profissional. Assiste-se diariamente a uma população idosa com doenças crónicas, incapacidades, alterações cognitivas, isolamento social, elevado consumo de medicamentos pelas comorbidades existentes e elevados níveis de dependência física e mental, nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, cuja qualidade de vida, da pessoa idosa e família, está seriamente comprometida.

O fenómeno escolhido foi a fragilidade do idoso porque considero um foco pertinente para o desenvolvimento das minhas competências como enfermeira especialista. A lentificação, a fraqueza, a perda de peso, a diminuição de atividade física e fadiga são manifestações clínicas que caracterizam a síndrome de fragilidade, esta associada a múltiplos sinais, como a sarcopenia, osteopenia, alterações da marcha e equilíbrio, marcha lentificada, exaustão, desnutrição, anorexia resultam, consequentemente, em diferentes efeitos adversos como quedas, lesões, doenças agudas, incapacitação, hospitalização, institucionalização e até à morte.

Por isto é que a síndrome de fragilidade se torna um pertinente foco para a enfermagem porque representa um importante problema, pois se não causa a morte, por agudização da sua situação clínica, tem como consequência uma diminuição da autonomia e independência da pessoa idosa. Este facto vai promover internamentos mais longos, para tratamentos e reabilitação, elevando os custos para o sistema de saúde, com implicações inqualificáveis para as pessoas idosas e famílias, por diminuição da sua qualidade de vida.

Com este estudo de caso pretendo: Identificar a pessoa idosa e família no seu contexto e no contexto do fenómeno; Identificar o fenómeno através da evidência científica atual; Intervir com a pessoa idosa e família, como enfermeiro especialista, no contexto do fenómeno estudado, para no futuro, poder de forma antecipatória, despistar situações semelhantes.

No 4º curso de mestrado e pós licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa, na unidade curricular de estágio com relatório, uma das atividades propostas em projeto, para avaliação e reflexão das aprendizagens foi a realização de um estudo de caso. No local de estágio hospitalar foi escolhido um fenómeno de enfermagem, de um caso real em contexto de trabalho, que refletia um dos principais problemas que afetam as pessoas idosas com doenças crónicas e suas famílias- Síndrome de Fragilidade.

Com o envelhecimento, com as doenças crónicas que podem agudizar, com a síndrome da fragilidade, “a variedade da natureza dos cuidados é determinada pela diversidade das finalidades a que esses cuidados têm de responder em relação ao que tem de ser adquirido..., desenvolvido..., readquirido..., compensado..., mantido..., ou para suprir o que falta de modo vital, temporariamente ou definitivamente.” (Collière, 2003, p. 184). Nesta situação os cuidados predominantes passam a ser os *cuidados de compensação e manutenção da vida*. Os cuidados de compensação asseguram as funções vitais consequentes do desgaste ou incapacidades sensoriomotoras ou perda do controle dos esfíncteres ou das propriedades da pele; Os cuidados de manutenção da vida são os cuidados que “sustentam e por isso mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidade da vida quotidiana (...) permitem estar atento para evitar as perdas das aquisições realizadas em determinada etapa do desenvolvimento, assegurando a sua manutenção e o seu reforço” (Collière, 2003, p. 182). São complementares aos cuidados de compensação e requerem uma adequação ao estado da pessoa que está a ser cuidada porque senão, sem justificação ou significado não atingem a sua finalidade (Collière, 2003).

Este estudo de caso apresenta a identificação da pessoa idosa e família, o seu contexto de vida e familiar, a pessoa idosa e família na situação atual de cuidados e o resumo dos problemas ou alterações identificados, a fundamentação teórica do fenómeno em estudo – Síndrome de Fragilidade, plano de cuidados de enfermagem, validação do planeamento, a reflexão sobre o caso e a conclusão.

1- IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA

Todos os dados foram recolhidos através do processo clínico e de enfermagem e de entrevista semiestruturada à cuidadora, de modo a obter uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, central ao estudo de caso. Todos os nomes foram alterados e houve consentimento para a partilha de informação e uso de dados pessoais no estudo de caso. Os resultados da avaliação multidimensional à pessoa idosa estão descritos em texto para facilitar a apresentação dos resultados.

1.1 Identificação da pessoa idosa e família- o que sabemos da pessoa

IDENTIFICAÇÃO¹

A D. Preciosa tem 97 anos é viúva, portuguesa e do sexo feminino. Vive com a sobrinha D. Ilda de 57 anos, desempregada e casada com o Sr. Rafael de 60 anos, operário fabril e com a filha de ambos, Sónia de 23 anos, estudante de engenharia.

HISTÓRIA / TRANSIÇÕES DE DESENVOLVIMENTO/HÁBITOS

A D. Preciosa nasceu a 14/02/1916, em Lisboa. Quando completou 10 anos, o seu pai faleceu com problemas cardíacos, logo a seguir ao nascimento da irmã mais nova, Matilde. Como irmã mais velha de 5 irmãos ajudou sempre a mãe a criá-los (enquanto a mãe trabalhava, ficava em casa a cuidar dos irmãos, não tendo frequentado a escola). Casou-se aos 19 anos com o Sr. António e pouco tempo depois, cerca de 1ano, a mãe faleceu com pneumonia. Sempre muito próxima da sua irmã mais nova, acolheu-a na sua casa e continuou a “cria-la”. Nunca teve filhos, a sua irmã mais nova era como se fosse “sua filha”. Toda a sua vida foi dedicada ao marido e à sua irmã. Era doméstica e gostava de fazer rendas e costuras.

Quando o seu marido morreu, devido a tumor da laringe foi para casa da irmã, tinha na altura cerca de 72 anos e alguma dificuldade em realizar as atividades domésticas porque se cansava facilmente e “saltava” refeições. Por insistência da D. Matilde foi viver com a sua irmã e cunhado, o Sr. Eduardo e juntos gostavam de

¹ Todos os nomes utilizados são fictícios

passar e fazer excursões pelo país. Com 88 anos foi sobrevivente a um acidente de viação que vitimou a irmã e o cunhado. Desde esse dia que a D. Preciosa se isolou, passava os dias na cama, recusava comer, falava cada vez menos... A sobrinha D. Ilda levou-a para sua casa.

Atualmente apresenta dependência total de terceiros, sendo incapaz de realizar qualquer atividade de vida diária sozinha, tanto física como cognitivamente. A D. Preciosa tem períodos de confusão frequentes, chama constantemente a sua irmã e reconhece-a na sua sobrinha. Não responde a ordens simples, apresentando um comportamento entre lamúrias e negação.

1.2 Identificação do contexto de vida da pessoa idosa- o que sabemos do meio que a rodeia

Viúva há 25 anos vive, há cerca de 7 anos, em casa da sobrinha, numa casa tipo apartamento de quatro assoalhadas, no primeiro andar de um prédio de três andares, sem elevador.

O agregado familiar é constituído por quatro pessoas, a D. Preciosa, a sobrinha (D. Ilda), o seu marido (Sr. Rafael) e a filha de ambos (Sónia). Têm um gato que se gosta de aninhar aos pés da D. Preciosa.

Esta é uma família muito unida, que se ajuda mutuamente, a D. Preciosa permanece acompanhada todo o dia. O Sr. Rafael, apesar de trabalhar por turnos, tenta ajudar a esposa nas tarefas domésticas e a filha Sónia partilha com a mãe os cuidados à D. Preciosa.

Desde que perdeu os pais, D. Ilda entrou num difícil processo de luto. Decidiu então, cuidar da sua tia-avó como, certamente, a sua mãe gostaria. O seu absentismo levou a um processo de despedimento e complicou a sua situação social.

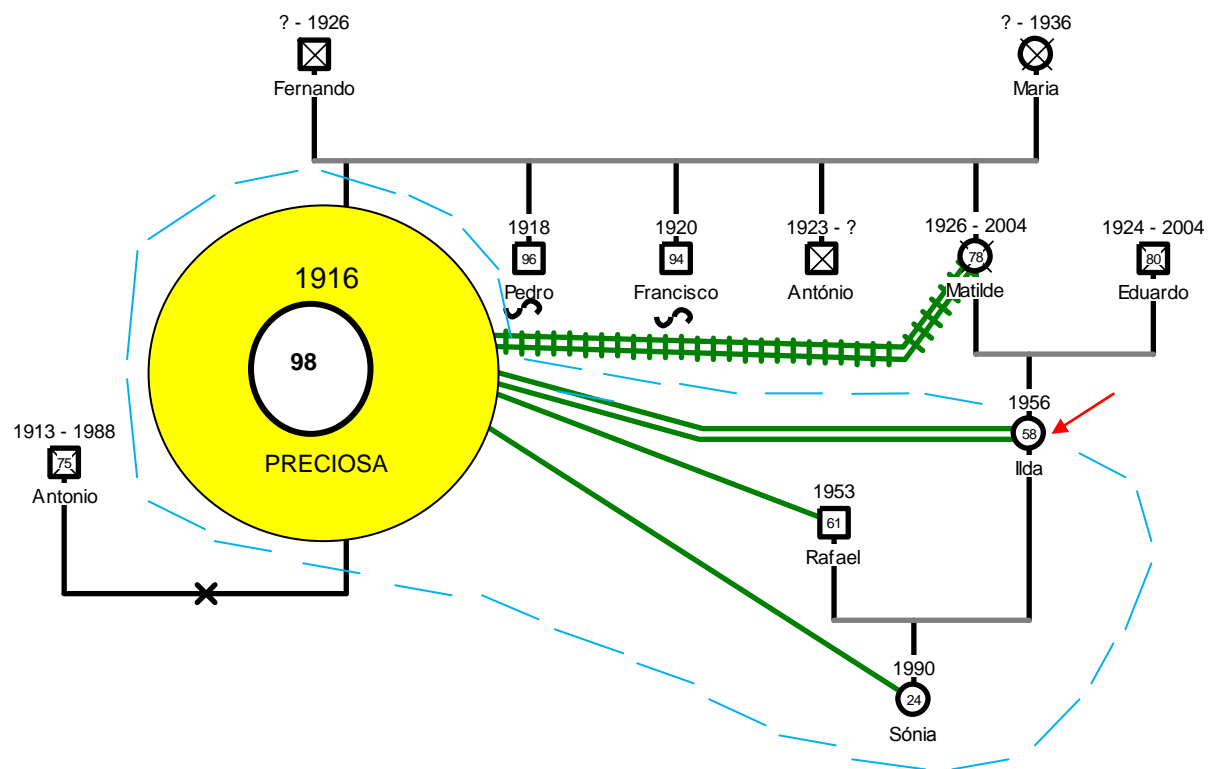
Dos irmãos da D. Preciosa, sabe-se que o irmão mais novo faleceu (desconhecendo-se a causa da sua morte) e os outros dois, emigraram para França, tendo-se perdido o contacto.

Sendo a D. Ilda e o Sr. Rafael, filhos únicos, não têm apoio de mais nenhum familiar. Dos vizinhos, pouco sabem e mal os vêem, dizem não carecer de tal ajuda. A D. Ilda considera a D. Preciosa como sua avó e fala dela sempre com muito carinho e respeito. Ela é a pessoa de referência da D. Preciosa e a sua cuidadora.

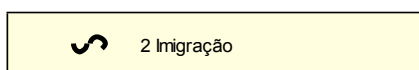
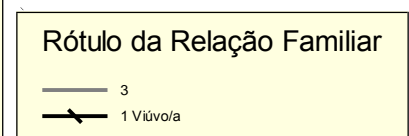
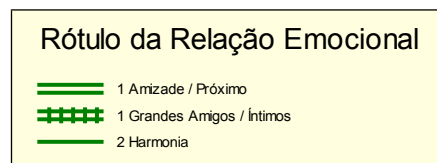
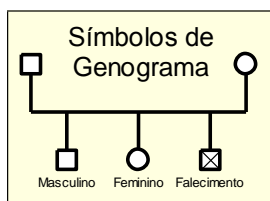
O rendimento desta família resulta da pensão de viuvez D. Preciosa, que não usufrui de outro tipo de subsídios, e do ordenado do Sr. Rafael.

Devido aos escassos recursos que possuem, nunca pediram ajuda a nível social e de saúde. Desconhecem os seus direitos a nível de apoios na comunidade.

GENOGRAMA



Legenda:



1.3. Identificação da situação cuidados a luz do quadro conceptual escolhido-o que sabemos da doença da pessoa

Tem como antecedentes pessoais insuficiência cardíaca e anemia crónica, teve um internamento prolongado por pneumonia, há cerca de 7 anos, e desde esse internamento ficou acamada. Tem sido seguida em consulta externa de hematologia do Hospital de Vila Franca Xira, onde faz controlo trimestral de hemograma. Não tem acompanhamento da especialidade de cardiologia. Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

Medicação habitual:

Folicil® (ácido fólico) 5mg: 1 pequeno-almoço – medicamento classificado como anti anémico, do grupo dos outros medicamentos para tratamentos das anemias, indicado no tratamento de deficiência de ácido fólico (Índice Nacional Terapêutico, p. 430, 2013)

Maltofer® (hidróxido de férrico polimaltose- Ferro (III)- 20mg)- solução oral: 1 ampola após o almoço- medicamento classificado como anti anémico, do grupo dos compostos de ferro, indicado para tratamento de todos os tipos de deficiência de ferro, no tratamento de anemias ferropénicas.

Bunil® (melperona) 25mg: 1 pequeno-almoço + 1 almoço + 2 deitar – medicamento classificado como psicofármaco, do grupo dos antipsicóticos, indicado em “estados confusionais, ansiedade, agitação e inquietação noturna, particularmente no doente idoso” (Índice Nacional Terapêutico, p. 280, 2013).

Estado cognitivo: A D. Preciosa apresenta-se consciente, esporadicamente abre os olhos a estímulos verbais e/ou dolorosos, por vezes, diz palavras soltas embora com períodos, cada vez mais curtos, de orientação no tempo/espço/pessoa, memória comprometida (tem dificuldade em recordar momentos importantes na sua vida), pensamento comprometido (dificuldade no raciocínio). Apresenta perturbação do sono, dorme durante o dia e mantém-se apelativa durante a noite, desde que iniciou o Bunil® (melperona) melhorou a situação mas por vezes esta alteração mantém-se.

O seu estado emocional revela-se por longos períodos de tristeza e emotividade.

O estado nutricional aparentemente deficitário, a D. Preciosa encontra-se emagrecida e a sua sobrinha refere possível perda de peso (difícil de quantificar), tem uma dieta pastosa, que a sobrinha administra oralmente por seringa, devido à falta de peças dentárias, come pelo menos uma refeição com proteínas e faz um mínimo de cinco refeições diárias, nos últimos dias, anteriores ao internamento, iniciou recusa alimentar, sendo esta a principal causa da sobrinha recorrer à urgência hospitalar. Realizada avaliação nutricional com o instrumento: Mini Nutricional Assesment- Short Form (MNA- SF), validado para Portugal pela NESTLE®, em substituição do índice de massa corporal (IMC), pela impossibilidade de avaliação real do peso da D. Preciosa, pelo perímetro da perna (PP=28cm) foi confirmado com uma pontuação de 5 o estado de desnutrição (12-14 pontos: estado nutricional normal; 8-11 pontos: sob risco de desnutrição; 0-7 pontos: desnutrido).

A nível de locomoção: não se desloca- encontra-se acamada. Ao nível das atividades básicas de vida diárias é totalmente dependente, tem pontuação zero, pelo Índice de Barthel, dependente nas dez atividades de vida diárias.

Nas atividades instrumentais de vida segundo o índice de Lawton é severamente dependente, necessita de muita ajuda porque se encontra incapaz nas oito atividades que o compõem (cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, utilizar o telefone, utilizar transportes, gerir o dinheiro e gerir a medicação).

Apresenta queixas músculo-esqueléticas (perda de força e massa muscular), rigidez articular (a nível dos joelhos), diminuição da acuidade auditiva à direita, alteração da integridade cutânea (apresenta 1 úlcera de pressão, categoria III, na região trocantérica direita).

Segundo a Escala de Braden tem alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, resultado: $9 \leq 16$; em termos de domínios: *Perceção Sensorial* encontra-se *completamente limitada* porque a D. Preciosa não reage a estímulos por um estado de consciência reduzido-1; a *Humidade* revela uma *pele raramente húmida* com necessidade de mudança de roupa nos intervalos habituais-4; *Atividade*, a D. Preciosa está *acamada* tendo o nível de atividade nulo-1; *Mobilidade*, a D. Preciosa

encontra-se *completamente imobilizada*, não fazendo qualquer movimento sem ajuda-1; *Nutrição-muito pobre*, a D. Preciosa nunca come uma refeição completa-1; *Fricção e forças de deslizamento-Problema*, a D. Preciosa requer uma ajuda máxima para se movimentar, presença de espasticidade-1).

Apresenta incontinência fecal e urinária.

A história da sua doença atual resume-se a uma anemia microcítica, hipocrômica agudizada (hemoglobina de 7.9 g/dl) e recusa alimentar. Deu entrada no serviço de medicina, para despiste e pesquisa de perdas hemáticas, controlo dos valores hematológicos e reposição nutricional. Apresenta-se consciente, não reconhece quem está em seu redor, tem períodos de sonolência/cansaço, afásica, com administração de oxigénio por óculos nasais a 2 l/m. Inicialmente colocada entubação nasogástrica em drenagem passiva mas por ausência de conteúdo, iniciada alimentação entérica. A D. Preciosa não se mobiliza no leito e apresenta postura em posição fetal. Sem manifestação de queixas algícas. Estava algaliada.

2- RESUMO DOS PROBLEMAS OU ALTERAÇÕES IDENTIFICADOS

A D. Preciosa apresenta:

Nível geral: emagrecimento

Pele: seca e descamativa, descorada e desidratada, apresenta úlcera de pressão III, na região trocantérica direita, edemas acentuados dos membros superiores

Cabeça: astenia, cansaço

Olhos: sem alterações

Ouvidos: diminuição da acuidade auditiva à direita

Nariz e seios peri-nasais: sem epistaxes, sem obstrução nasal, apresenta administração de oxigénio e entubação nasogástrica

Boca e orofaringe: sem gengivorragias, peças dentárias deficitárias

Pescoço: alguma rigidez

Aparelho cardiovascular: hipotensão, insuficiência cardíaca, edemas nas extremidades superiores

Aparelho respiratório: baixas saturações de oxigénio (sem oxigénio saturações de 90%, com oxigénio saturações de 95-97%)

Aparelho gastrointestinal: abdómen mole e depressível, aparentemente sem dor à palpação, presença de sonda nasogástrica, presença de melenas em pequena quantidade

Aparelho génito-urinário: sem perdas hemáticas, presença de sonda vesical

Sistema músculo-esquelético: dependente, incapacidade de marcha, não se mobiliza no leito, postura em posição fetal, rigidez articular dos membros superiores e inferiores, perda de massa muscular

Sistema nervoso: períodos de ansiedade

Sistema endócrino: sem alterações

Sistema Hematopoiético: anemia microcítica, hipocrómica

As necessidades humanas básicas de uma forma sistematizada podem caracterizar o seu grau de dependência. Assim:

Comunicação: pouco comunicativa, por vezes verbaliza sons semelhantes ao choro, apresenta-se consciente, esporadicamente abre os olhos a estímulos verbais e/ou dolorosos

Respiração/circulação: hipotensão, astenia

Alimentação: emagrecimento, totalmente dependente para se alimentar

Eliminação: incontinência de esfíncteres, totalmente dependente

Higiene pessoal e vestir-se: totalmente dependente

Controlo da temperatura corporal: sem alteração

Mobilidade: acamada, anquiloses importantes, totalmente dependente

Ocupação/ diversão: isolamento

Sono e repouso: dorme durante o dia, mantendo agitação noturna por suspensão de medicamentos de ambulatório

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA SITUAÇÃO DA DOENÇA

3.1. Síndrome de fragilidade do idoso

O envelhecimento é uma preocupação mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) até 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos na União Europeia irá aumentar 70% e o número de pessoas com mais de 80 anos, 170%. Na última década, o envelhecimento da população, em todo o mundo, ocorreu de forma generalizada. Em Portugal este indicador em 2001 era de 102 e em 2011 passou para 128. Na região de Lisboa, o índice de envelhecimento passou de 103 (2001) para 140 idosos por cada 100 jovens em 2011 (INE, 2012). “O índice de longevidade relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Na região de Lisboa o índice de longevidade aumentou na última década, passando de 39,7 em 2001 para 45,7 em 2011.” (INE, 2012, p. 23)

A evolução científica é responsável pelo aumento da longevidade em geral, mas a Direção Geral de Saúde (DGS, 2004) reconhece que “a realidade portuguesa fica, ainda aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionados com situações susceptíveis de prevenção”. Estando a população portuguesa cada vez mais envelhecida, a fragilidade, passa a ser um conceito importante a conhecer. Entende-se como fragilidade um estado dinâmico que afeta um indivíduo originando alterações em um ou mais campos do funcionamento humano, determinado por uma série de variáveis (Martins, Carvalho, Cordeiro & Pinheira, 2012).

Diferentes conceitos e definições de fragilidade estão incluídos em vários domínios que incluem características físicas e funcionais, cognitivas, outras características psicológicas e fatores psicossociais (Walston et al, 2006).

A fragilidade é um estado de maior vulnerabilidade a eventos adversos (Lepeleire, Iliffe, Mann & Degryse, 2009). Segundo Markle-Reid e Browne (2003) citado por Lepeleire et al (2009) um conceito multidimensional que considera uma acção recíproca entre fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Também Campbell (1997) citado por Lepeleire et al (2009) define de forma mais complexa que a fragilidade é uma síndrome que resulta de uma redução nas capacidades de

reserva multi-sistêmica e na falência sintomática de vários sistemas orgânicos. No mesmo sentido, também Schuurmans, et al (2004) citado por Lepeleire et al (2009) considera a fragilidade como uma perda de reservas em vários domínios da funcionalidade, que conduz a uma redução de reservas na capacidade de lidar com fatores stressores.

A fragilidade é diferente de incapacidade mas por vezes podem se confundir e até ser difícil de as “distinguir”, por isso tem que se ter em conta três aspetos importantes: (1º) a fragilidade não só se pode sobrepor (na sua observação) à incapacidade e comorbidades mas também pode ser mascarado por elas; (2º) Muitas pessoas idosas apresentam sinais de fragilidade sem apresentarem comorbidades ou incapacidades que as tornem dependentes (o uso deste conceito pode contribuir para uma orientação antecipatória); (3º) Não há um padrão linear entre comorbidades-incapacidade-fragilidade, ou seja, esta pode ser a causa da incapacidade em alguns casos e ser a consequência noutros (Lepeleire et al, 2009). Quando a fragilidade é a consequência existe um risco elevado de obter simultaneamente vários resultados de saúde adversos (iatrogenias): incapacidade, declínio funcional (morbidez), quedas, hospitalização, institucionalização e morte (Bergman, Ferrucci & Guralnik, 2007).

Do ponto de vista da funcionalidade e da maior vulnerabilidade podemos dizer que a presença de declínio funcional é determinante na presença de fragilidade, sendo mesmo considerada preditora do risco de incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte (Moraes, 2012). Este declínio funcional pode ser estabelecido ou iminente: é estabelecido quando há presença de incapacidades nos sistemas funcionais, considerado por Moraes como, incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidade comunicativa; é iminente quando apresentam alto risco para o desenvolvimento de incapacidade (na presença de idade > 80A, situações de polimedicação (≥ 5), polipatologia (≥ 5), internamentos recentes, situações de subnutrição, emagrecimento significativo não intencional (≥ 4.5 Kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal total no último ano), risco psicossociofamiliar elevado) (Moraes, 2012).

A fraqueza muscular, fragilidade óssea, muito baixo índice de massa corporal (IMC), risco de queda, vulnerabilidade ao trauma e vulnerabilidade à infecção, alto risco de delírium, instabilidade da pressão arterial e redução da capacidade física são características observáveis, também denominadas por fenótipos comuns em geriatria.

O conceito de fragilidade é clinicamente reconhecido e reúne (em ocorrência, por vezes, paralela) um número significativo destas características (Walston et al, 2006). Walston et al (2006) reconhecem que a fragilidade é uma entidade distinta com múltiplas manifestações possíveis e não com apenas uma que a caracterize. Estes autores construíram o ciclo da fragilidade (um ciclo que não tem princípio nem fim, que pode iniciar-se por uma diminuição de atividade ou da taxa metabólica, ou por perda de apetite ou por uma má-nutrição crónica ou ainda por sarcopenia, todas elas podem ser precursoras umas das outras e as manifestações destas alterações traduzem os fenótipos da fragilidade, isto em presença de múltiplos fatores físicos, psicológicos, psicossociais e ambientais); este fenótipo da fragilidade está presente em cerca de 10% dos idosos e é maior com o aumento da idade, sexo feminino, baixo nível socioeconómico, presença de comorbidades, particularmente, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, respiratórias e osteoarticulares.

Nesta classificação dá-se valor excessivo à mobilidade subestimando-se a importância de outras determinantes da funcionalidade global (cognição, humor e comunicação) (Moraes, 2012). Através dos fenótipos da fragilidade foi operacionalizado o índice de fragilidade, ou seja, baseado na presença de três ou mais elementos fundamentais pode ou não existir risco ou presença de fragilidade. Os fenótipos da fragilidade identificados por Walston et al (2006) foram a fraqueza, cansaço, baixa resistência, perda de peso, exaustão e diminuição da velocidade da marcha e do equilíbrio por perda da atividade física: Índice de fragilidade (presença de 3 ou mais); índice de estado precursor (presença de 1 ou 2); índice de ausência de fragilidade (presença de 0). Estes três estados relacionam-se entre si e com a morte de uma forma complexa, sendo o estado de fragilidade e o estado precursor potencialmente reversíveis. A fragilidade pode ser encarada como um processo contínuo com estádios intermédios, possíveis de modificar e assim ser reversível, se houver a oportunidade de intervir nos estados deste processo. Uma pessoa pode estar num estado de ausência de fragilidade, passar a um estado precursor e

alcançar a fragilidade mas este não é um processo unidirecional e pode voltar a um estado precursor e potencialmente a um estado de ausência de fragilidade.

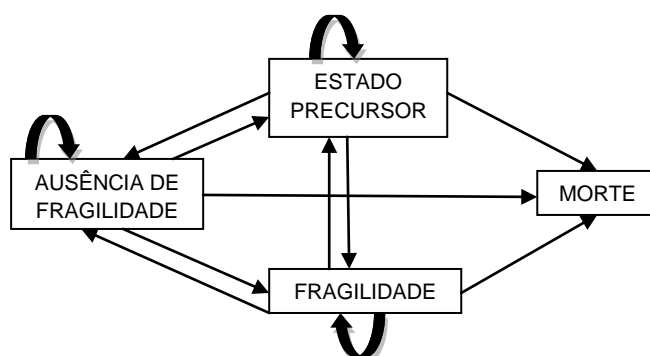


Fig.1- Relação entre fragilidade, ausência de fragilidade, estado precursor e morte (Lepeleire, Ilife, Mann e Degryse, 2009, adaptado de Gill et al, 2006).

O conceito de fragilidade vai concentrar a atenção num processo que, se for interrompido, pode prevenir resultados de saúde adversos (que já foram descritos anteriormente). A fragilidade pode ser reconhecida e mensurada facilmente, como também pode ser um instrumento essencial para melhorar a saúde dos mais idosos.

Na perspetiva de um envelhecimento positivo importa prevenir as consequências resultantes do acentuar do estado de fragilidade, de forma a minimizar os impactos em termos familiares, sociais e económicos (Martins et al, 2012). Identificar a fragilidade com um instrumento apropriado tem de ser o primeiro passo.

Um instrumento que vem enriquecer as boas práticas de Enfermagem foi incluído no projeto NICHE (Nurses Improving Care for Healthsystem Elders é um programa do Hartford Institute for Geriatric Nursing, em New York University, College of Nursing com o objectivo de identificar e ajudar os hospitais a implementarem as melhores práticas no cuidado às pessoas idosas) e chama-se SPICES (Fulmer, 2007). Desenvolvido por Terry Fulmer, SPICES é um instrumento eficiente e eficaz para obter a informação necessária para prevenir alterações de saúde na pessoa idosa, também ajuda a enfermeira a prevenir desnecessárias iatrogenias e promove a manutenção da funcionalidade dos mais idosos. Pode ser aplicado tanto em idosos saudáveis como em pessoas idosas fragilizadas. SPICES é um acrónimo que permite uma intervenção de enfermagem nas síndromes mais comuns do

envelhecimento, incluindo o de fragilidade, sendo considerado um sistema de alerta referindo-se apenas aos mais frequentes problemas de saúde da população mais velha, é um instrumento que facilita o diagnóstico e a intervenção e não pode ser usado em substituição de uma avaliação multidimensional do idoso (Wallace & Fulmer, 2007).

S LEEP DISORDERS
P ROBLEMS WHITH EATING OR FEEDING
I NCONTINENCE
C ONFUSION
E VIDENCE OF FALLS
S KIN BREAKDOWN

Fig.2- SPICES acrónimo (Wallace, Fulmer, 2007).

A D. Preciosa é portadora de vários fatores favoráveis ao desenvolvimento desta síndrome: a idade avançada, doenças crónicas (anemia, insuficiência cardíaca), perda de integridade cutânea (que se manifesta por lesão- úlcera de pressão), sarcopenia (perda de força e massa muscular), desnutrição, perda de peso, fadiga, lentificação, fraqueza, imobilidade, dependência física e mental, já resultaram em efeitos de saúde adversos: uma hospitalização, o aparecimento de períodos de confusão mais frequentes e alteração do sono e da alimentação. Perante isto, estamos em presença de um declínio funcional estabelecido, considerado pelo autor Moraes, identificando-se a presença de incapacidades: cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidade comunicativa. Este declínio funcional justifica a presença de fragilidade no seu processo dinâmico entre a própria fragilidade, um estado precursor e a morte.

O acrónimo SPICES demonstra a necessidade de intervenção de enfermagem de forma a prevenir eventuais iatrogenias, uma vez que, existe evidência de cada um dos problemas mais comuns no envelhecimento, no caso da D. Preciosa.

3.2. Cuidar é promover a vida- Collière

Na generalidade a abordagem à fragilidade não pode ser semelhante a um qualquer quadro clínico porque quase nunca é uma queixa principal mas sim uma combinação de manifestações e sendo um processo dinâmico, com alterações que podem variar com o tempo, os vários componentes devem de ser avaliados, se possível, detalhadamente. A fragilidade deve ser abordada com um modelo biopsicossocial (centrado na pessoa) e não por um modelo biomédico (centrado na doença ou órgão doente). A fragilidade como um conceito pode ser uma mais-valia para os cuidados aos doentes em fim de vida precisamente porque não se foca na doença (Lepeleire et al, 2009).

O processo dinâmico e multifatorial da síndrome de fragilidade requer uma abordagem centrada na pessoa idosa, na importância que dá às manifestações sentidas e à forma que essas manifestações interferem com a sua vida e o seu bem-estar. Há que entender qual o sentido das alterações para aquela pessoa idosa, para valorizar o que é valorizável para ela. “O enfermeiro ao conhecer o que a pessoa valoriza e o sentido que lhe atribui pode prestar cuidados de enfermagem que simultaneamente garantam o sucesso enquanto cuidador e a satisfação da pessoa cuidada” (Coelho, 2013, p. 35). Esta é a razão para uma prática centrada na pessoa idosa, onde o enfermeiro tem de ser capaz de separar a pessoa sã da pessoa doente, a relação que existe entre ambos e a compreensão e expectativas que dessa relação advêm. A operacionalização destes aspetos passa pela identificação dos valores da pessoa, identificação dos valores do enfermeiro e de fatores ambientais do contexto de cuidar, é essencial que entre a pessoa e o enfermeiro se construa uma confiança mútua, compreensão e partilha de um conhecimento comum. Neste sentido o conceito central passa pela autonomia como uma consciência autêntica e nesta perspetiva a compreensão numa relação de cuidados não se baseia na decisão de uma pessoa mas na negociação e nos seus valores individuais. O enfermeiro como facilitador de uma consciência autêntica individual assume um compromisso num processo de cuidados dinâmico que ajuda a manter a autonomia quando a maioria das pessoas idosas sentem a sua independência ameaçada (McCormack, 2003). Segundo Coelho (2013) tornar efetiva a consideração pela pessoa no processo de cuidados implica uma relação

entre sujeitos, onde a pessoa é tida como sujeito, com valor em si mesmo “devendo para tal, estabelecer-se com a mesma, uma relação que não seja de domínio sobre, nem apenas de intervenção mas de interação” (p. 28).

Collière (2003) também corrobora com esta abordagem mas numa perspectiva antropológica “consiste em ficar próximo das pessoas, deixando vir a nós o que formos capazes de agarrar, o que conseguirmos aprender com elas a partir do que nos revelam por sua própria iniciativa” (p. 148). As doenças ou manifestações clínicas existem pelo efeito que produzem na vida, nas atividades, expectativas e desejos de quem as tem, não têm significado por si mesmas nem podem existir isoladamente. Estes efeitos produzidos traduzem-se em *elos de significação* que têm de ser decodificados para que os cuidados sejam adequados e especiais para aquela pessoa, aquela pessoa idosa cuja vida quotidiana se vê ameaçada e alterada pelas modificações naturais do envelhecimento e fisiopatológicas da doença, ou seja, para cuidar (centrando-se na pessoa) é preciso interpretar o verbal e não-verbal da pessoa idosa e consciencializar a ligação entre os diferentes aspetos de uma mesma situação de cuidados esclarecendo o *significado* de cuidar para o outro, isto é, ajudá-lo a viver (Collière, 2003).

Para Collière (2003) *cuidar* é “permitir à pessoa idosa continuar a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer por si própria, para assegurar a sua vida quotidiana” (Collière, p. 332, 2003). As *grandes passagens da vida* ou transições são acontecimentos determinantes na vida, o que faz com que essa passagem deixe a vida de ser como era antes, é a transposição de uma etapa, de um limiar, ou é uma prova de adaptabilidade, de ajustamento. Estas etapas integram as mudanças operadas pela passagem anterior e preparam a próxima passagem. Quando as capacidades de *se cuidar* diminuem, há que deixar *ser cuidado*, ou seja, “não só para vigiar ou manter as capacidades que permanecem, mas também para tentar diminuir a aceleração das perdas sensório-motoras e psico-afectivas, assim como para manter despertas as capacidades restantes” (Collière, 2003, p. 178). Com o envelhecimento, com as doenças crónicas que podem agudizar, com a síndrome da fragilidade, “a variedade da natureza dos cuidados é determinada pela diversidade das finalidades a que esses cuidados têm de responder em relação ao que tem de ser adquirido..., desenvolvido..., readquirido...,

compensado..., mantido..., ou para suprir o que falta de modo vital, temporariamente ou definitivamente.” (Collière, p. 184, 2003). Nesta situação os cuidados predominantes passam a ser os *cuidados de compensação e manutenção da vida*. Os cuidados de compensação asseguram as funções vitais consequentes do desgaste ou incapacidades sensoriomotoras ou perda do controle dos esfíncteres ou das propriedades da pele; Os cuidados de manutenção da vida são complementares aos cuidados de compensação e requerem uma adequação ao estado da pessoa que está a ser cuidada porque senão, sem justificação ou significado não atingem a sua finalidade. Existem ainda dois conceitos na identificação da natureza dos problemas que justificam cuidados de enfermagem, conceitos que se complementam: *funcionalidade* e *sentido*. A funcionalidade é influenciada pelo que é sentido e este sentido tem mesmo a ver com o que se sente, com as experiências, com as motivações e aspirações, porque este sentido pode desempenhar um papel motor ou inibidor a quem recebe e a quem presta os cuidados. A funcionalidade pode ser definida pelo que a pessoa pode fazer sozinha, com ajuda e o que já não pode fazer e ainda com o que sabe fazer sozinha, com ajuda e o que não sabe fazer e porquê? (Collière, 1999).

A D. Preciosa atravessou ao longo da sua vida grandes passagens, sendo a morte da irmã e do cunhado e o último internamento (prolongado) as últimas etapas mais determinantes para a sua situação atual. A D. Preciosa deixou de se cuidar para ser cuidada, do que já não pode fazer por ela própria para assegurar a sua vida quotidiana (cuidados de compensação) e a sobrinha, junto com a equipa de saúde, vai ajudá-la a viver conforme eram os seus desejos. A nível de funcionalidade (capacidade de funcionar sozinho ou com ajuda) ela não pode nem sabe fazer nada sozinha, está dependente de terceiros e o objetivo do cuidar passa por ser: cuidados de compensação e manutenção da vida de forma a assegurar as funções vitais comprometidas pelas perdas auditivas, de controlo de esfíncteres, alimentação, posicionamentos e cuidados à pele e manter os tratamentos (cuidados de reparação) às UP, a fim de manter a dignidade e a tentativa de promover qualidade de vida, “trazer de volta o equilíbrio homeostático, reencontrar “a harmonia” entre os contrários: entre o que é força de vida e o que faz obstáculo à vida” (Collière, 2003, p. 180).

4- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM/ PROJETO DE CUIDADOS

Não serão utilizados Diagnósticos de Enfermagem, porque segundo Collière, “Pode-se questionar que elos existem entre esses catálogos (...) de “rótulos de diagnóstico” (...) e o discernimento da natureza dos cuidados, a considerar em função da variedade e da complexidade das situações? Será possível submeter a natureza de cuidados a uma tipologia taxinómica? O que, mais uma vez, parece tão redutor!” (Collière, 2003, p. 187). “Este discernimento do que há que ter em conta para determinar a natureza dos cuidados representa o diagnóstico em que se fundamenta a decisão da natureza dos cuidados a assegurar, em relação com a ou as finalidades a atingir” (Collière, 2003, p. 188-189).

A D. Preciosa apresenta dependência total em todas as atividades de vida diária, nada faz ou é capaz de fazer sozinha, com ou sem ajuda, o que orienta a ação de enfermagem a cuidados de compensação (prestados pela cuidadora com supervisão da equipa de enfermagem) e reparação. Sucintamente:

Em relação à D. Preciosa e à sua cuidadora D. Ilda	Cuidados de compensação e manutenção da vida <ul style="list-style-type: none"> -preparar o regresso a casa -capacitar a cuidadora para o seu papel -facilitar a expressão de dificuldades sentidas pela cuidadora, na prestação de cuidados à D. Preciosa, neste internamento e no seu regresso a casa -treinar técnicas de manuseamento de dispositivos, nomeadamente, SNG e DV -treinar técnicas de posicionamento e conforto -preparar para a gestão e manutenção de dieta alimentar da D. Preciosa, por SNG 	Cuidados de reparação <ul style="list-style-type: none"> -preparar para a gestão e manutenção do regime terapêutico -preparar para próxima consulta externa de hematologia (3 meses após a data de alta)
Em relação ao marido e filha da D. Ilda	<ul style="list-style-type: none"> -facilitar a expressão dos sentimentos despoletados pela dependência da D. Preciosa, em relação à dinâmica familiar -analisar a hipótese de redistribuição de tarefas entre a D. Ilda, a filha e o marido 	
Em relação à cuidadora D. Ilda	<ul style="list-style-type: none"> -facilitar a expressão dos sentimentos despoletados pela dependência da D. Preciosa -programar ajuda formal à cuidadora -procurar diminuir a sobrecarga de trabalho causada pela total dependência da D. Preciosa redistribuindo tarefas entre a D. Ilda, a filha e o marido -estimular a procura de atividades prazerosas e de valorização pessoal 	

Em relação à nutricionista do hospital		-articular para elaboração de dieta ajustada às necessidades da D. Preciosa
Em relação à equipa de enfermagem	<p>-articular com a Equipa de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários para identificar as necessidades apresentadas e o grau de dependência da D. Preciosa</p> <p>-referenciar a D. Preciosa para a Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados- ECCI, supervisão do papel da cuidadora</p>	<p>-articular com a enfermeira de reabilitação, do hospital, para programar exercícios de mobilização para manutenção da massa muscular e reabilitação de alguma rigidez articular</p> <p>-programar a continuidade da gestão do tratamento de feridas, no domicílio</p> <p>-programar a supervisão no manuseamento de dispositivos, no domicílio</p> <p>-programar a substituição dos dispositivos, no domicílio</p> <p>-referenciar a D. Preciosa para a Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados- ECCI, manutenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação</p>

5. VALIDAÇÃO DO PLANEAMENTO

A D. Ilda verbalizou os seus receios, relativamente à D. Preciosa ir para casa algaliada, com administração de oxigénio e alimentação por sonda. A cuidadora participou, inicialmente como observadora e depois com supervisão nos cuidados prestados à D. Preciosa. Foi expondo as suas dúvidas, demonstrando as suas dificuldades e revelando um aumento na sua capacidade e destreza, na prestação de cuidados.

A mobilização da D. Preciosa foi uma prioridade, com a enfermeira de reabilitação, foi criado um plano de mobilizações passivas, de acordo com a tolerância ao esforço da D. Preciosa, pequenos exercícios de fácil execução para a D. Preciosa e D. Ilda. As técnicas de posicionamento foram treinadas privilegiando o conforto e promovendo o alívio de pressão na úlcera de pressão existente, prevenindo a existência de novas lesões. A D. Ilda adquiriu uma cama articulada, com grades e colchão dinâmico de pressão de ar para receber a D. Preciosa em casa.

O manuseamento da SNG, inicialmente foi difícil porque a D. Ilda: referia medo de deslocar ou exteriorizar a sonda e era complicado ver a seringa de infusão, de vez em quando, a alarmar... Após conversa com o médico e a nutricionista, e aparente tolerância da D. Preciosa à alimentação, foi suspensa a alimentação por seringa de infusão e foi iniciada alimentação em bólos, com participação da cuidadora apesar da sua renitência e medo da cuidadora, relativamente à consistência das refeições, o receio de dar demais, a possibilidade de vômitos, aos poucos e de acordo com as necessidades da cuidadora foram sendo clarificadas essas questões e a D. Ilda foi aparentando mais serenidade. Foi também contactada a nutricionista do hospital, que perante a situação clínica da D. Preciosa e ansiedade manifestada pela D. Ilda (devido à escolha e quantidade dos alimentos certos para as refeições diárias da D. Preciosa, por sonda), planificou um esquema semanal de refeições: ricas em proteínas e ferro, nomeadamente, sopas, batidos de frutas e legumes e ainda como complemento foram cedidas embalagens de suplementos alimentares hiperproteicos e hipercalóricos.

Feita tentativa de programar ajuda formal à D. Ilda, para auxílio nos cuidados de

higiene à D. Preciosa, por uma IPSS local, sem sucesso, a cuidadora recusa esse tipo de serviço e responsabiliza-se por fazê-lo. Apesar disto, refere receio na higiene dos genitais e mudança de fralda. Explicado o processo de fixação da algália na bexiga e a dificuldade em removê-la sem esvaziamento do balão... esvaziou e trocou alguns sacos coletores de urina. Observou as características de outros sacos coletores de urina, de outros utentes, para facilitar o despiste de alterações (hematúria ou infeção) e alertar precocemente a equipa de enfermagem depois da transferência para domicílio. Foi contactada a equipa de enfermagem de cuidados continuados da área de residência da D. Preciosa, para dar conhecimento da sua situação e preparar a transferência da senhora para domicílio. Questionada a equipa de enfermagem, acerca da existência de Equipa de Cuidados Continuados Integrados, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, cuja informação foi positiva, embora se confirmasse a existência de lista de espera. Feita referência para ECCI para encaminhamento o mais precoce possível.

Em relação à reunião com os familiares da D. Ilda, para o apoio e colaboração na prestação de cuidados à D. Preciosa, foi difícil de programar. O Sr. Rafael, em ocasião de uma visita (não programada) verbalizou a preocupação pela dependência e maiores necessidades da D. Preciosa, relativamente ao seu estado antes deste internamento. Revelou ter pensado em levar a D. Preciosa para um lar, para ter melhores cuidados e aliviar a sua esposa, mas por questões económicas e afetivas isso estaria fora de questão. O Sr. Rafael diz estar habituado a ajudar a esposa nas tarefas domésticas e compromete-se continuar a fazê-lo, quer para a D. Ilda o melhor, não a quer ver triste ou cansada e até prometeu levá-la todos os dias ao café, com ele, para se distrair... A filha de ambos, a Sónia, não teve disponibilidade de estar com a equipa, por motivos escolares, mas segundo a D. Ilda, ela tem muito jeito para ajudar na higiene, pentear, aplicar cremes, cuidar das unhas, cuidar dos pés... preparar as refeições, sendo certamente um grande auxílio para ambas.

A D. Preciosa durante o internamento não revelou perdas hemáticas significativas, foram-lhe administradas duas unidades de concentrado eritrocitário, com elevação de hemoglobina para 9,2 g/dl. Saturação periférica, sem administração de oxigénio, de 97%. Teve alta para domicílio sem administração de oxigénio.

6- REFLEXÃO SOBRE O CASO

Este caso reflete a realidade vivida em contexto hospitalar, cada vez existem maior número de pessoas idosas internadas, maior número de pessoas idosas mais velhas e maior número de pessoas idosas mais dependentes. O seu estado de fragilidade é uma linha muito ténue entre um estado precursor e a morte, qualquer alteração pode perturbar este equilíbrio e ser fatal.

Cuidar de alguém que se encontra totalmente dependente, que não verbaliza o que sente, o que pensa, o que dói, que não manifesta qualquer forma de estado de espírito, que não se lembra quem foi, de quem e do que gostou... Os valores de dignidade, conforto e respeito humano são valores universais, que nos regem e orientam diariamente.

Quando há um cuidador, independentemente, da sua relação com a pessoa idosa, há sempre uma representação. O que é replicado daquela pessoa idosa é a sua imagem, é o relato de quem descreve alguém através de um espelho, não o relato de quem se vê ao espelho. O cuidador quando descreve o outro, sobrepõem-se aquilo que aquela pessoa é na realidade. A avaliação multidimensional deixa de ser na primeira pessoa e passa a sê-lo na terceira... tudo é subjetivo, no cuidado centrado na pessoa, quando essa pessoa já não pode fazê-lo por si.

...Estes foram alguns dos pensamentos que me acompanharam ao longo desde estágio...

7- CONCLUSÃO

Na generalidade a abordagem à fragilidade não pode ser semelhante a um qualquer quadro clínico porque quase nunca é uma queixa principal mas sim uma combinação de manifestações e sendo um processo dinâmico, com alterações que podem variar com o tempo, os vários componentes devem de ser avaliados, se possível, detalhadamente. Por ser um processo dinâmico e multifatorial, a síndrome de fragilidade requer uma abordagem centrada na pessoa idosa, na importância que dá às manifestações sentidas e à forma que essas manifestações interferem com a sua vida e o seu bem-estar.

Em termos da funcionalidade e da maior vulnerabilidade pode dizer-se que a presença de declínio funcional é determinante na presença de fragilidade, sendo mesmo considerada preditora do risco de incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte. A nível de funcionalidade, ou seja, a nível da capacidade de funcionar sozinho ou com ajuda, quando a pessoa idosa já não pode nem sabe fazer nada sozinha, está dependente de terceiros e cuidar passa por cuidados de compensação e manutenção da vida, a fim de manter a dignidade e a tentativa de promover qualidade de vida.

Através deste estudo de caso consegui identificar a pessoa idosa e família no seu contexto e no contexto do fenómeno da fragilidade, descrever o fenómeno através da evidência científica atual e intervir com a pessoa idosa e família, bem como a articulação com outros profissionais, como enfermeiro especialista, no contexto do fenómeno estudado. Assim, poderei de forma antecipatória, despistar situações semelhantes porque como enfermeira especialista vou estar mais atenta e ter maior sensibilidade para a observação e análise de todos estes aspetos, não me centrando na doença, mas sim, nas manifestações por ela produzidas e da forma que influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa e família.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D., Hummel, S., Karunananthan & Wolfson, C. (2007). Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 62 (7). 731-737. Acedido a 08/06/2013. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645660/>
- Coelho, M. (2013). *Um utente, uma pessoa diferente*. Loures: Lusociência.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (M. L.B. Abecasis, Trad.). (3.^a ed.). Lisboa: Lidel. (Tradução do original do francês Promouvoir la vie)
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2.^a ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Soigner... Le premier art de la vie, 2^{ème} éd., 2001)
- DGS (2008). Papel dos cuidados de saúde primários num modelo de gestão integrada da doenças crónicas. (Lisboa, DGS, 2008. www.dgs.pt, acedido a 08/06/2013)
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN.* 107 (10). 40-48. Acedido a 08/06/2013. Disponível: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx
- Godinho, N. (2013). *Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas*. (Setembro 2013). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações, norma APA e ISO 690 (NP 405). Acessível na ESEL, Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Lisboa. INE. Acedido a 14/04/2013. Disponível: www.ine.pt
- Índice® Nacional Terapêutico (2013), disponível: <https://profissionais.indice.eu/INDICEe/Grupos/g2/Bunil.pdf>

- Lepeleire, J., Iliffe, S., Mann, E. & Degryse, J. (2009) Frailty: an emerging concept for general practice. *British Journal of General Practice* Acedido a 08/06/2013. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673187/pdf/bjgp59-e177.pdf>
- Martins, D., Carvalho, I., Cordeiro, N. & Pinheira, V. (2012) – Contributo para a validação da Edmonton Frail Scale (EFS). In Congresso Internacional Luso- Espanhol sobre Envelhecimento Positivo e Solidariedade Intergeracional, 8, Castelo Branco, 18-20 de Outubro. Poster. Disponível: <http://hdl.handle.net/10400.11/1505>
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde. Disponível: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001) *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem- Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Wallace, M. & Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: An overall assessment tool for older adults *AJN*. 107 (10). 45-46. Acedido a 08/06/2013. Disponível: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx

Walston J., Hadley, E., Ferrucci, L., Guralnik, J., Newman, A., Studenski, S. ... Fried, L. (2006). Research Agenda for Frailty in Older Adults : Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *JAGS*. 54. 991-1001. Acedido a 08/06/2013. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x/pdf>

Apêndice 10:

Instrumento de colheita de dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: O QUE SABEMOS DA PESSOA	
Nome/ Idade/DN/Nacionalidade/ Naturalidade/ Residência/ Estado Civil/ Escolaridade/ Profissão	Experiências de vida significativas (transições de desenvolvimento e situacionais)
Avaliação emocional/ cognitiva (Orientação tempo/ espaço/ pessoa; humor; tipo de comportamento, agressivo, passivo, de negação ou outros; sinais / indícios de demência ou depressão; défices cognitivos)	Crenças e valores (força de viver/projeto de vida/ existência de fé e esperança/ sentido dado à doença/ preocupações existenciais/ razões para morrer)
Necessidades humanas fundamentais/Atividades de vida diárias (O que faz/ sabe; O que faz com ajuda; O que não faz; O que não sabe; O que quer saber e pode saber)	

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	
O QUE SABEMOS DO MEIO QUE A RODEIA	O QUE SABEMOS DA DOENÇA DA PESSOA
Agregado familiar (genograma; ecomapa; relações familiares, seus valores e cultura, espaço relacional, elementos de referência; rendimentos; relacionamento com vizinhos- social, próximo, distante)	História de saúde- antecedentes pessoais, internamentos, alergias, subsistema de saúde, acompanhamento em especialidades médicas (vigilância)
Tipo e características da habitação (adaptações, barreiras arquitetônicas, climatização, saneamento básico, instalações de luz/gás, higiene)	História da doença atual- início, sinais e sintomas, exames efetuados, medicação atual; percepção da pessoa/ cuidadores / familiares do diagnóstico/ prognóstico; adaptação à situação de doença/ dependência; energia física, psicológica e afetiva; recurso a estratégias terapêuticas ou outras; vontade de morrer como um direito

Apêndice 11:

Ação de Formação no Serviço Hospitalar

ARTICULAÇÃO ENTRE O HOSPITAL E A COMUNIDADE

**Transferência como medida estratégica
na promoção da integridade cutânea
na pessoa idosa dependente**

Serviço de Especialidades Médicas do Hospital de V. F. Xira, Outubro, 2013

**ARTICULAÇÃO
ENTRE O HOSPITAL E A COMUNIDADE**
Transferência como medida estratégica
na promoção da integridade cutânea na pessoa idosa dependente

Docente Orientadora: Maria Emília Brito
Enfermeira Orientadora: Lucília Barrancos
Discente: Ana Bento, nº4766

Serviço de Especialidades Médicas do Hospital de V. F. Xira, Outubro, 2013

OBJETIVO GERAL:

⇒ IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS QUE PERMITAM O DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS PARA A PROMOÇÃO/MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA E PREVENÇÃO DE ULCERAS DE PRESSÃO NA PESSOA IDOSA

OBJETIVO ESPECIFICO:

⇒ SENSIBILIZAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR NA IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA EM RISCO DE FRAGILIDADE OU DE DESENVOLVER UP E O SEU ENCAMINHAMENTO PARA A COMUNIDADE



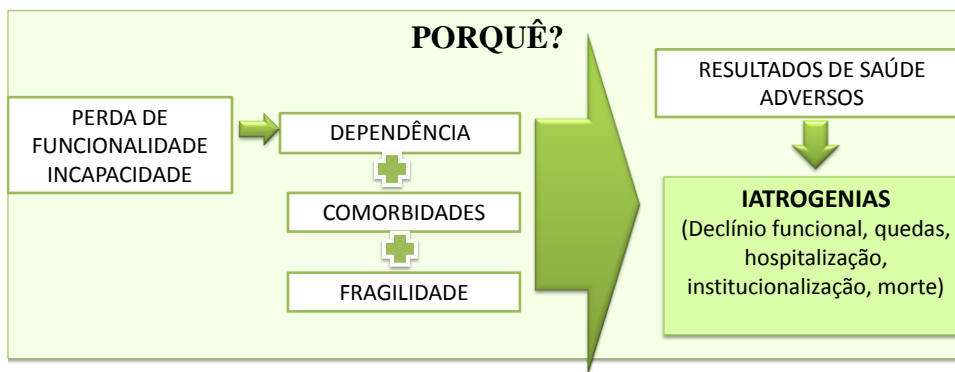
ARTICULAÇÃO HOSPITAL↔COMUNIDADE

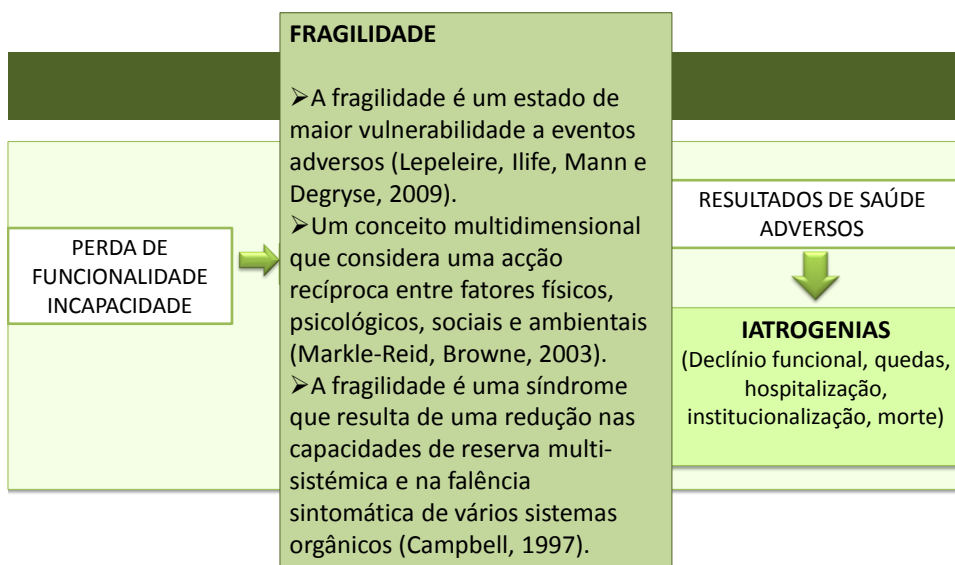
QUANDO?

- ⇒ **IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA:**
- **DEPENDENTE NAS SUAS ABVD'S (Barthel)**
 - PERDA DE FUNCIONALIDADE
 - COMORBIDADES
 - **COM SÍNDROME DE FRAGILIDADE**

ARTICULAÇÃO HOSPITAL↔COMUNIDADE

PORQUÊ?





Enfª Ana Bento - 4ª CME - ESEL

7

O projeto NICHE (Nurses Improving Care for Healthsystem Elders) é um programa do Hartford Institute for Geriatric Nursing em New York University, College of Nursing e tem como objectivo, identificar e ajudar os hospitais a implementarem as melhores práticas no cuidado às pessoas idosas) e criaram um instrumento chamado SPICES (Fulmer, 2007).

Desenvolvido por Terry Fulmer, SPICES é um instrumento eficiente e eficaz para obter a informação necessária para prevenir alterações de saúde na pessoa idosa, também ajuda a enfermeira a prevenir desnecessárias iatrogenias e promove a manutenção da funcionalidade dos mais idosos. Pode ser aplicado tanto em idosos saudáveis como em pessoas idosas fragilizadas.

SPICES é um acrónimo que permite uma intervenção de enfermagem nas síndromes mais comuns do envelhecimento, incluindo o de fragilidade, sendo considerado um sistema de alerta referindo-se apenas aos mais frequentes problemas de saúde da população mais velha, é um instrumento que facilita o diagnóstico e a intervenção de enfermagem .
(Wallace, Fulmer, 2007)

Enfª Ana Bento - 4ª CME - ESEL

8

SLEEP DISORDERS ⇨(SONO)

PROBLEMS WHITH EATING OR FEEDING ⇨("PAPAROCA")

INCONTINENCE ⇨(INCONTINÊNCIA)

CONFUSION ⇨(CONFUSÃO)

EVIDENCE OF FALLS ⇨(EQUILIBRIO/QUEDAS)

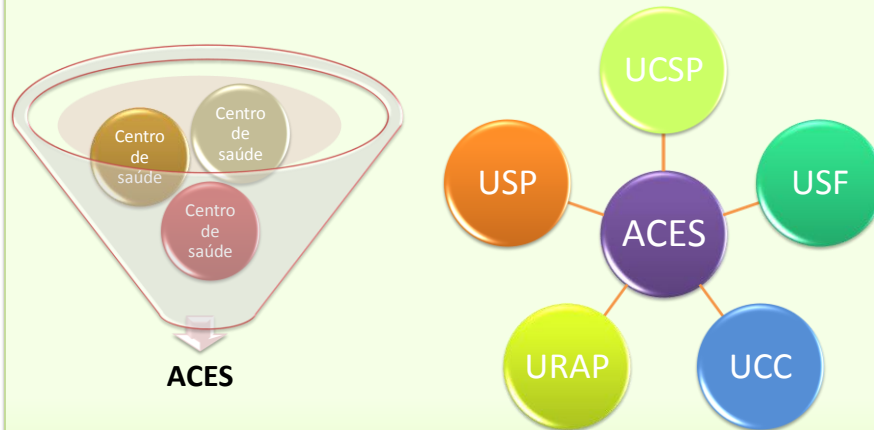
SKIN BREAKDOWN ⇨(SUPERFICIE CUTANEA)

SPICES acrónimo (Wallace, Fulmer, 2007).

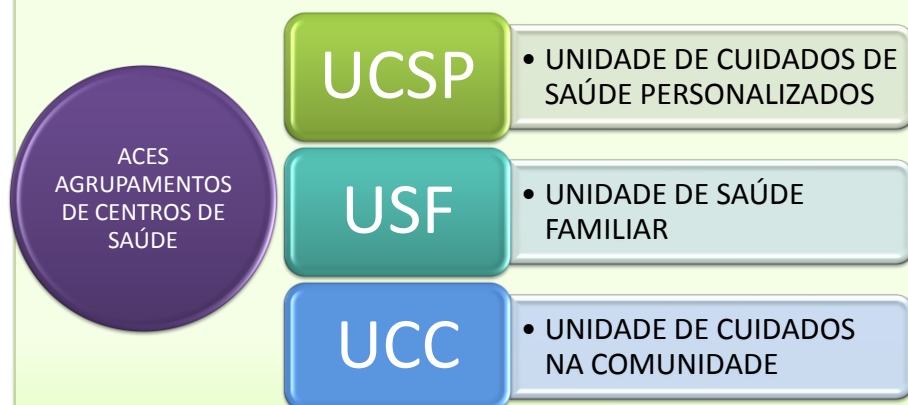
ARTICULAÇÃO HOSPITAL- CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



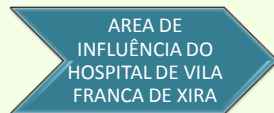
REESTRUTURAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS (ACES)



REESTRUTURAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS (ACES)



APRESENTAÇÃO DOS ACES ESTUÁRIO DO TEJO



Fonte: Plano de Atividades – ARSLVT, IP - 2013

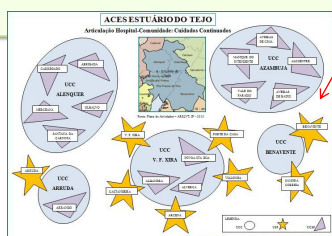


ARTICULAÇÃO HOSPITAL↔COMUNIDADE

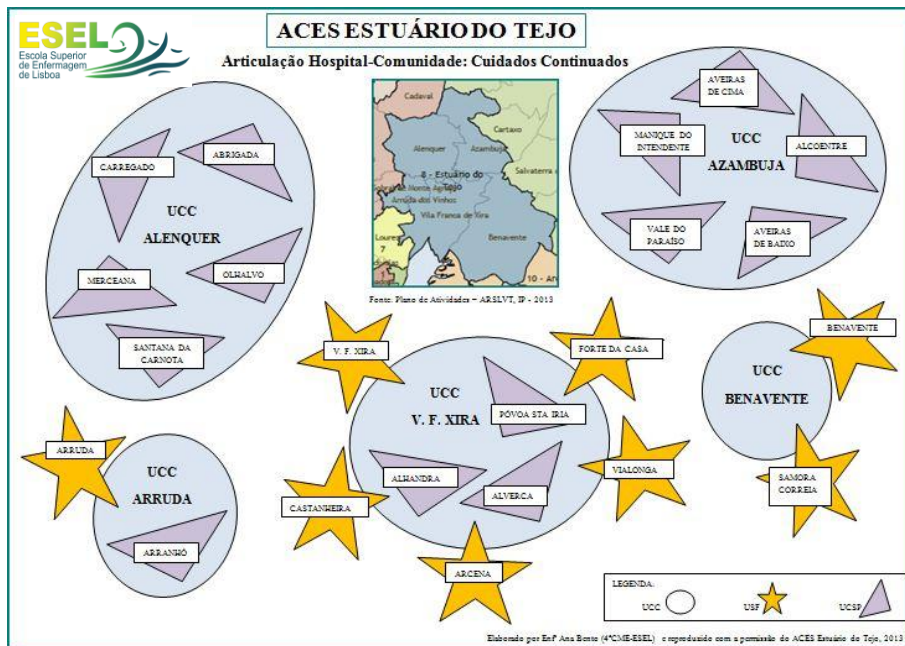
COMO?

ATRAVÉS DO SISTEMA INFORMÁTICO:

- SELECIONAR O SERVIÇO E O Nº CAMA DO CLIENTE
- BOTÃO DIREITO DO RÁTO (CONSULTAR FICHA: ID) ⇒ IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL
- ESQUEMA DE ARTICULAÇÃO (SLIDE 9)
- CONTACTOS PREFERENCIAIS (SLIDE 10)



MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	LOCAL	Dir. Responsável	Telefone	E-mail
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt
ALCOENTR	UCSP	ALCOENTR	DR. ALCOENTR	212 222 222	alcoent@alcoent.pt



Enª Ana Bento- 4ª CME- ESEL

15

Articulação entre o hospital e a comunidade:
Transferência como medida estratégica na promoção da integridade cutânea na pessoa idosa dependente

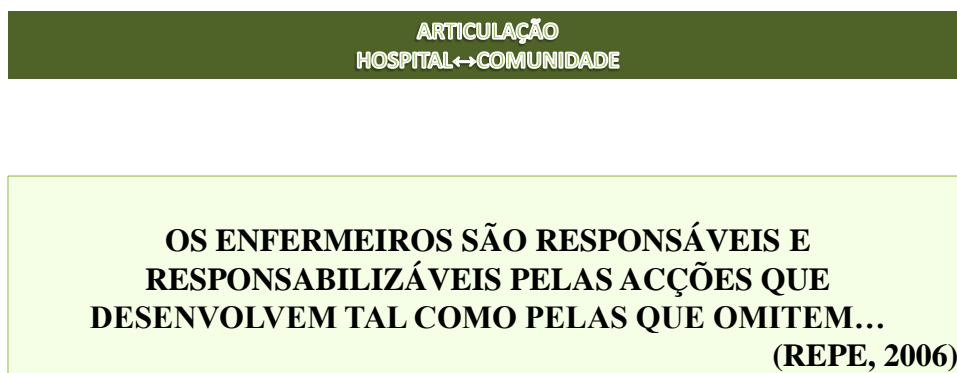
ACES ESTUÁRIO DO TEJO: Articulação Hospital-Comunidade (Cuidados Continuados)

REGIÃO	UNIDADE FUNCIONAL SAÚDE	LOCAL	CONTACTOS		
			De Referência	telefone	e-mail
ALENQUER	UCSP	ABRIGADA	UCC Alenquer		
		CARREGADO	UCC Alenquer		
		MERCEANA	UCC Alenquer		
		OLHALVO	UCC Alenquer		
		SANTANA DA CARNOTA	UCC Alenquer		
ARRUDA	UCC	ALENQUER	Enª Amália Costa	967 875 863	ucc.alenquer.coord@arslvt.min-saude.pt
	UCSP	ARRUDA	UCC Arruda		
	UCC	ARRUDA	Enª Emília Aparício	965 865 005	ucc.ecci@csarruda.min-saude
	USF	ARRUDA	Enª Cristina Ferguira	263 979 130	usf.enfermagem@csarruda.min-saude.pt
AZAMBUJA	UCSP	AVEIRAS DE BAIXO	UCC Azambuja		
		AVEIRAS DE CIMA	UCC Azambuja		
		VALE DO PARAÍSO	UCC Azambuja		
		ALCOEIRENTE	UCC Azambuja		
		MANIQUE DO INTENDENTE	UCC Azambuja		
BENAVENTE	UCC	AZAMBUJA	Enª Carla Cunha	964 400 265	carla.cunha@csazambuja.min-saude.pt
	USF	SAMORA CORREIA	Enª Angela Maduro	263 650 900	usfscormiasenf@csbenavente.arslvt.min-saude.pt
		BENAVENTE	Enª Graça Melo	263 516 147	usfbenavent@csbenavente.arslvt.min-saude.pt
	UCC	BENAVENTE	Enª Ana Zita	263 516 147	ucc.benavente.coord@arslvt.min-saude.pt
V. F. XIRA	UCSP	ALHANDRA	UCC V. F. Xira		
		ALVERCA	UCC V. F. Xira		
		POVOA STA IRIA	UCC V. F. Xira		
	UCC	VILA FRANCA DE XIRA	Enª Paulo Cunha	966 465 816	ucc.vfxira@arslvt.min-saude.pt
	USF	V. F. XIRA (TERRAS DE CIRA)	Enª Cristina Inácio	263 279 650	cristina.inacio@csvfxira.min-saude.pt
		CASTANHEIRA	Enª Rosa Veiga	263 286 100	rosa.veiga@csvfxira.min-saude.pt
		ARCENA	Enª Mª João Felix	219 936 220	mjoao.felix@csalhandra.min-saude.pt
		FORTE	Enª Susana Rocha	219 935 200	susana.rocha@csipira.min-saude.pt
		VIALONGA (VIALONGA)	Enª Graça Lopes	219 927 520	graca.lopes@csipira.min-saude.pt

Elaborado por Enª Ana Bento (4ª CME-ESEL) e reproduzido com a permissão do ACES Estuário do Tejo, 2013

Enª Ana Bento- 4ª CME- ESEL

16





ARTICULAÇÃO HOSPITAL↔COMUNIDADE

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

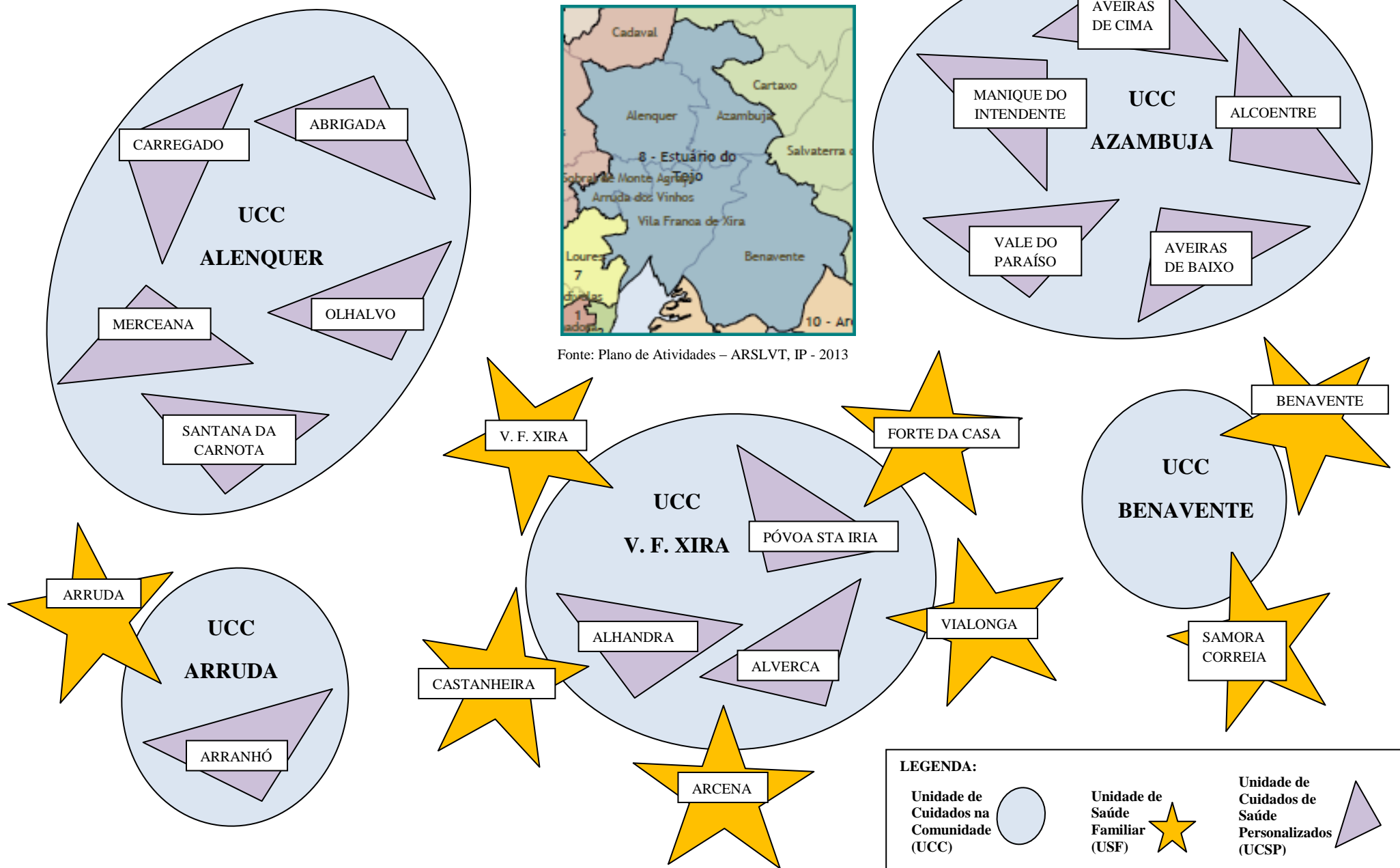
- Wallace, M., Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: An overall assessment tool for older adults *AJN*. 107 (10). 45-46. Acedido a 08/06/2013. Disponível: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48. Acedido a 08/06/2013. Disponível: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx
- Lepeleire, J., Ilife, S., Mann, E., Degryse, J. (2009) Frailty: an emerging concept for general practice. *British Journal of General Practice* Acedido a 08/06/2013. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673187/pdf/bjgp59-e177.pdf>
- Sindicato Dos Enfermeiros Portugueses (2006). Regulamento Do Exercicio Profissional Dos Enfermeiros

Apêndice 12:

Poster -Esquema de articulação com ACES

ACES ESTUÁRIO DO TEJO

Articulação Hospital-Comunidade: Cuidados Continuados



Apêndice 13:

Poster - Esquema de contactos preferenciais do ACES

ACES ESTUÁRIO DO TEJO: Articulação Hospital-Comunidade (Cuidados Continuados)

REGIÃO	UNIDADE FUNCIONAL SAÚDE	LOCAL	CONTACTOS		
			De Referência	telefone	e-mail
ALENQUER	UCSP	ABRIGADA	UCC Alenquer		
		CARREGADO	UCC Alenquer		
		MERCEANA	UCC Alenquer		
		OLHALVO	UCC Alenquer		
		SANTANA DA CARNOTA	UCC Alenquer		
	UCC	ALENQUER	Enf ^a Amália Costa	967 875 863	ucc.alenquer.coord@arslvt.min-saude.pt
ARRUDA	UCSP	ARRANHÓ	UCC Arruda		
	UCC	ARRUDA	Enf ^a Emília Aparício	965 865 005	ucc.arruda@arslvt.min-saude.pt
	USF	ARRUDA	Enf ^a Cristina Preguiça	263 979 120	usf.enfermagem@csarruda.min-saude.pt
AZAMBUJA	UCSP	AVEIRAS DE BAIXO	UCC Azambuja		
		AVEIRAS DE CIMA	UCC Azambuja		
		VALE DO PARAÍSO	UCC Azambuja		
		ALCOENTRE	UCC Azambuja		
		MANIQUE DO INTENDENTE	UCC Azambuja		
	UCC	AZAMBUJA	Enf ^a Carla Cunha	964 400 265	carla.cunha@csazambuja.min-saude.pt
BENAVENTE	USF	SAMORA CORREIA	Enf ^a Ângela Maduro	263 650 900	usfscorreiaenf@csbenavente.srssantarem.min-saude.pt
		BENAVENTE	Enf ^a Graça melo	263 516 147	usfbenvenf@csbenavente.srssantarem.min-saude.pt
	UCC	BENAVENTE	Enf ^a Ana Zita	263 516 147	ucc.benavente.coord@arslvt.min-saude.pt
V. F. XIRA	UCSP	ALHANDRA	UCC V. F. Xira		
		ALVERCA	UCC V. F. Xira		
		PÓVOA STA IRIA	UCC V. F. Xira		
	UCC	VILA FRANCA DE XIRA	Enf ^o Paulo Cunha	961 898 841	ucc.vfxira@arslvt.min-saude.pt
	USF	V.F. XIRA (TERRAS DE CIRA)	Enf ^a Cristina Inácio	263 279 650	cristina.inacio@csvfxira.min-saude.pt
		CASTANHEIRA	Enf ^a Rosa Veiga	263 286 100	rosa.veiga@csvfxira.min-saude.pt
		ARCENA	Enf ^a M ^a João Felix	219 936 220	mjoao.felix@csalhandra.min-saude.pt
		FORTE	Enf ^a Susana Rocha	219 535 200	susana.rocha@cspiria.min-saude.pt
		VIALONGA (VILLALONGA)	Enf ^a Graça Lopes	219 527 520	graca.lopes@cspiria.min-saude.pt

Elaborado por Enf^a Ana Bento (4^oCME-ESEL) com colaboração da Sr^a Enf^a Chefe Benedita Santos e reproduzido com a permissão do ACES Estuário do Tejo, 2013

Apêndice 14:

Reflexão - Dependência/Substituição Nas ABVD

Reflexão - Dependência/Substituição Nas ABVD

«...A minha mãe já não consegue tomar banho sozinha há muito tempo...desde que contratei a “Misericórdia”...tem sido melhor...”elas” dão-lhe banho, vestem-na, deixam tudo arrumadinho...é um descanso...»

«...Virem cá só para “ajudar” no banho? Se eu pago por um serviço: que é dar banho ao meu pai, não pode ser só para ajudar- é para fazer... Além do mais, existem mais pessoas que precisam deste serviço, não podem estar cá a manhã toda de volta do meu pai...»

«Oh Sr.^a Enf^a, já trabalhei muito... a minha vida inteira... agora posso pagar e vêm cá as raparigas e dão-me o banho... eu ainda vou conseguindo, custa-me chegar aos pés... mas elas são mais rápidas, chegam e já está...lá vão elas a correr para outro como eu...»

Perante estas afirmações ouvidas demasiadas vezes, que se repetem no dia-a-dia, consigo perceber porque é que a dependência na ABVD tomar banho é de 100%, na caracterização da pessoa idosa que pertence à ECCL onde realizo o estágio, inconscientemente a pessoa idosa é substituída, pela família, por instituições, por outros...o que inicialmente era considerado auxílio transforma-se num suprir de atos, atividade atrás de atividade.

A comodidade tem os seus preços e as mensalidades no futuro tornam-se ainda mais dispendiosas...o preço da dependência é elevadíssimo para a autoestima, para o sentido que se dá á vida e à morte.

A sociedade está assim formatada, a substituição dos idosos promove empregos, são receitas para as instituições, ajudantes familiares a “correr”, numa agitação, a pensar já no próximo idoso que está à espera, muitas vezes sozinhas, em condições e situações complicadas, sem formação, relativamente ao próprio acto de higiene e mais importante à relação/interacção com a pessoa idosa.

Dar à Enfermagem o que é da Enfermagem, só é cego quem não quer ver...

Apêndice 15:

Caderno de linhas orientadoras para a prevenção de úlceras de pressão

4º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área Específica De Intervenção Em Enfermagem À Pessoa Idosa

PROJETO DE ESTÁGIO
CAPACITAR A FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NA
PESSOA IDOSA, EM CASA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A
PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO
Pessoa Idosa Com Dependência (Barthel) Em Risco
De Desenvolver Úlceras De Pressão**

Discente: Ana Bento

Docente: Prof. Maria Emília Brito

Enfermeiro orientador do local de estágio: Enf^a Fátima Esteves

Lisboa, 2014

INDICE

1. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	3
2. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO NA APLICAÇÃO DO INDICE DE BARTHEL	13
3. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN	17
BIBLIOGRAFIA	22

ANEXOS

Anexo I- Índice de Barthel

Anexo II- Escala de Braden

Anexo III- CADl

Anexo IV- Mini Nutricional Assessement (MNA®)

Anexo V- Mini Nutricional Assessement -Short Form (MNA®-SF)

APÊNDICES

Apêndice 1- Categorização de Úlceras de Pressão

Apêndice 2- Avaliação da pele

Apêndice 3- Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de UP

Apêndice 4- Grelha de caracterização dos cuidados de manutenção à pele

Apêndice 5- Grelha de identificação e caracterização dos cuidadores

Apêndice 6- Projeto de cuidados

Apêndice 7- Folheto I – PREVENIR UP: Fatores de Risco

Apêndice 8- Folheto II – PREVENIR UP: O que é? Como se manifesta?

Apêndice 9- Folheto III - PREVENIR UP: Cuidados à Pele

Apêndice 10- Plano de posicionamentos

Apêndice 11- Folheto IV - PREVENIR UP: Posicionamentos

Apêndice 12- Avaliação da Dor

Apêndice 13- Folheto V - PREVENIR UP: Superfícies de apoio

Apêndice 14- Avaliação Nutricional

Apêndice 15- Folheto VI - PREVENIR UP: Nutrição

1. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

**Pessoa Idosa
Com Dependência (Barthel)
Em Risco De Desenvolver
Úlceras De Pressão**

1. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO - Pessoa Idosa Com Dependência (Barthel) Em Risco De Desenvolver Úlceras De Pressão são recomendações que contribuem, teoricamente, para uma prática baseada na evidência segundo linhas orientadoras (*guidelines*) e na “prática” asseguram a qualidade dos cuidados promovendo a satisfação dos profissionais.

EPUAP/NPUAP- *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel*, NICHE- *Nurses Improving Care for Healthsystem Elders*, WOCN- *Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society* e HIGN- *Hartford Institute for Geriatric Nursing*, NICE- *National Institute for Health and Clinical Excellence*, estes são alguns grupos de trabalho que têm como objetivo desenvolver recomendações baseadas na evidência para Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão, sendo o primeiro grupo uma referência para os demais.

A EPUAP utiliza uma metodologia rigorosa para a elaboração das suas *guidelines* e revê todas evidências para determinar a sua qualidade. “Os estudos individuais foram classificados pelo desenho e qualidade (ver tabela 1). O conjunto cumulativo das evidências que suportaram cada recomendação foi examinado; foi atribuída uma escala de “força da evidência” usando os critérios referenciados na tabela 2.” (EPUAP, 2009, p.5)

Tabela 1. Nível de evidência para os estudos individuais	
Nível	
1	Grandes estudos aleatórios com resultados claros (e baixo risco de erro)
2	Pequenos estudos aleatórios com resultados incertos (e risco moderado a alto de erro)
3	Estudos não aleatórios com controles concorrentes ou contemporâneos.
4	Estudos não aleatórios com controles históricos
5	Estudo de caso sem controle. Especificar número de sujeitos.

Tabela 2. Escala da força da evidência para cada recomendação	
Força da evidência	
A	A recomendação é suportada por uma evidência científica direta, proveniente de estudos controlados, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera de pressão), que fornecem resultados estatísticos que suportam de forma consistente a recomendação (São exigidos estudos de nível 1)
B	A recomendação é suportada por evidência científica direta de estudos clínicos, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlceras de pressão), que fornecem resultados estatísticos que suportam a recomendação de forma consistente (estudos de nível 2,3,4 e 5)
C	A recomendação é suportada por uma evidência indireta (i.e., estudos em sujeitos humanos saudáveis, humanos com outro tipo de feridas crônicas, modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

Neste documento, estão descritas as medidas de intervenção preventivas (com a correspondente força de evidência), para a pessoa idosa em risco de desenvolver úlceras de pressão. Estas medidas resultam das recomendações emanadas das diferentes fontes, dos diferentes grupos, cujas recomendações se cruzam e se referem às mesmas medidas, referidas pela EPUAP, reforçando a importância de cada medida de ação, no âmbito: da avaliação de risco (quadro.1), avaliação da pele (quadro.2), cuidados à pele (quadro.3), reposicionamentos (quadro.4), superfícies de apoio (quadro.5) e nutrição (quadro.6). Todas estas medidas podem influenciar as decisões na prática clínica embora não desresponsabilizem os profissionais, cuja tomada de decisão depende sempre do seu juízo clínico.

Quadro.1 AVALIAÇÃO DE RISCO	OBJECTIVO: Identificar os fatores de risco
MEDIDAS	JUSTIFICAÇÃO
Avaliar o risco individual, no momento da admissão e sempre que houver alteração do estado de saúde da pessoa idosa, que o justifique. (C)	Despiste precoce de indivíduos com maior risco de desenvolverem úlceras de pressão
Utilizar uma abordagem estruturada para avaliar a atividade e a mobilidade da pessoa idosa (nível de dependência nas atividades básicas de vida) (C): <u>Índice De Barthel</u> (Anexo I)	Despiste precoce de indivíduos com maior risco de desenvolverem úlceras de pressão por redução da mobilidade ou imobilidade
Utilizar uma abordagem estruturada para identificar as pessoas idosas em risco de desenvolverem úlceras de pressão (C): <u>Escala De Braden</u> (Anexo II)	Todos os indivíduos são potenciais indivíduos em risco de desenvolverem úlceras de pressão
Utilizar uma abordagem estruturada para avaliar o estado da pele, incluindo alterações em pele intacta na pessoa idosa (C): <u>Avaliação Da Pele</u> (Apêndice 2)	Despiste precoce de alterações do estado da pele, alterações de postura ou locais mais vulneráveis de desenvolver úlceras de pressão
Utilizar uma abordagem estruturada para identificação de fatores de risco que predisõem a pessoa idosa ao desenvolvimento de úlceras de pressão (C): <u>Identificação De Fatores De Risco Para Desenvolvimento De Úlceras De Pressão</u> (Apêndice 3), <u>Escala De Braden</u> (Anexo II), <u>Grelha De Caracterização Dos Cuidados De Manutenção À Pele</u> (Apêndice 4), <u>Grelha De Identificação E Caracterização Dos Cuidadores</u> (Apêndice 5) e <u>CADI- Carer's Assessment of Difficulties Index- Índice de avaliação das dificuldades do cuidador</u> (Anexo III)	Despiste precoce de fatores de risco individuais e seu impacto na avaliação do risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão, por exemplo: indicadores nutricionais, fatores que afetam a perfusão e oxigenação, humidade da pele, idade avançada, fricção e forças de deslizamento, perceção sensorial, estado geral e temperatura corporal, incorreto manuseamento de técnicas: de levantar, transferência e posicionamento, deficientes cuidados de higiene, dificuldades do cuidador.
Desenvolver e implementar um plano de prevenção individual (projeto de cuidados) quando é identificada situação de risco de desenvolver úlceras de pressão (C): <u>Projeto De Cuidados</u> (Apêndice 6)	Minimiza o impacto dos fatores de risco identificados em indivíduos com risco de desenvolverem úlceras de pressão
Documentar todas as avaliações de risco (C)	Fornecer parâmetros de referência individuais para o acompanhamento da evolução da situação de risco e assegurar a comunicação de um plano terapêutico, numa equipa multidisciplinar
Educar para a importância da avaliação do risco e conhecimento de fatores de risco a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver úlcera de pressão, incluindo o próprio e os cuidadores (C): <u>Folheto I – PREVENIR Úlcera De Pressão: Fatores de Risco</u> (Apêndice 7)	A capacitação pessoa idosa e seus cuidadores garante a continuidade dos cuidados de prevenção

Quadro. 2 AVALIAÇÃO DA PELE	OBJECTIVO: Manter a integridade cutânea
MEDIDAS	JUSTIFICAÇÃO
Assegurar uma avaliação completa da pele, no momento da admissão (C): <u>Categorização de Úlceras de Pressão</u> (Apêndice 1) e <u>Avaliação Da Pele</u> (Apêndice 2)	Despiste precoce de alterações do estado da pele: úlceras de pressão cicatrizadas, alterações de postura ou locais mais vulneráveis de desenvolver úlceras de pressão
Em pessoas idosas com risco de desenvolver úlceras de pressão, inspecionar regularmente a pele (a cada visita domiciliar), procurando zonas de rubor ou outras alterações (B)	A avaliação contínua da pele promove a deteção precoce de danos provocados por pressão
Em pessoas idosas com risco de desenvolver úlceras de pressão, especialmente em peles mais pigmentadas, avaliar também (a cada visita domiciliar), através da palpação: calor localizado, edema, tumefação (rigidez) ou dor (C)	Despiste precoce de alterações da pele mais pigmentada: o calor, o edema e a tumefação são sinais de alerta a avaliar, quando nem sempre é possível despistar rubor no desenvolvimento de úlceras de pressão
Em cada visita domiciliar, identificar eventuais áreas de desconforto ou dor, que possam ser atribuídas a danos provocados por pressão, através da colaboração da pessoa idosa ou cuidador (C)	Despiste precoce de lesão tecidular através da identificação de dor local
Vigiar, na presença de dispositivos médicos, a pele quanto aos danos causados por pressão (a cada visita domiciliar) (C)	Os dispositivos médicos são identificados como causadores de lesões por pressão
Documentar todas as avaliações da pele, incluindo detalhes de qualquer alteração e/ou dor relacionada com pressão (C)	Favorece o acompanhamento da evolução da situação de risco e assegura a comunicação entre profissionais
Educar para a importância da avaliação da pele e conhecimento do que é uma úlcera de pressão a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver úlcera de pressão, incluindo o próprio e os cuidadores (C): <u>Folheto II – PREVENIR Úlcera De Pressão: O que é? Como se manifesta?</u> (Apêndice 8)	A capacitação pessoa idosa e seus cuidadores garantem a continuidade dos cuidados de prevenção

Quadro.3 CUIDADOS À PELE	OBJECTIVO: Manter e/ou melhorar a tolerância tecidular
MEDIDAS	JUSTIFICAÇÃO
Examinar o estado da pele, em cada visita domiciliar (C)	Despiste precoce de alterações cutâneas
Assegurar uma avaliação dos cuidados de higiene prestados à pessoa idosa dependente: <u>Grelha De Caracterização Dos Cuidados De Manutenção À Pele</u> (Apêndice 4)	Despiste precoce de deficientes cuidados de higiene.
Evitar o posicionamento sobre um local ainda ruborizado por episódio anterior de pressão local (C)	O local ruborizado indica que os tecidos ainda não recuperaram da carga anterior e exige um intervalo maior entre as cargas repetidas
Não utilizar a massagem na prevenção de úlceras de pressão, a nível das proeminências ósseas (Bale, et al, 2006) (B)	A massagem está contraindicada em pele frágil, na suspeita da existência de vasos lesados ou presença de inflamação. Evitar danos a nível da microcirculação. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras de pressão
Não esfregar vigorosamente a pele em risco de úlcera de pressão (C)	Evita danos a nível da microcirculação e evita desconforto do indivíduo
Limpar a pele sempre que se encontre suja, evitando a água quente e utilizando sabão ou substâncias de limpeza de baixo potencial irritativo (Hunter, et al, 2003) (C)	Promove o conforto do indivíduo e a resistência cutânea, previne a humidade e mantém as defesas da pele
Secar a pele cuidadosamente, sem fricção (C)	Evita lesões cutâneas
Aplicar cremes hidratantes, promovendo a sua absorção e não utilizar soluções alcoólicas sobre a pele (C)	Promove a hidratação e evita a desidratação cutânea
Utilizar emolientes para hidratar a pele seca (B)	Promover a hidratação cutânea
Evitar a exposição da pele à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão (Hunter, et al, 2003) (C)	A presença de humidade no estrato córneo prejudica as funções de defesa da pele: altera as suas propriedades mecânicas e a regulação da temperatura
Utilizar pensos protetores (C)	Evita lesões cutâneas
Educar para a importância dos cuidados à pele e conhecimento de que uma pele cuidada tem menor risco de desenvolver úlcera de pressão, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco úlcera de pressão, incluindo o próprio e os cuidadores (C): <u>Folheto III-PREVENIR Úlcera De Pressão: Cuidados à Pele</u> (Apêndice 9)	A capacitação pessoa idosa e seus cuidadores garantem a continuidade dos cuidados de prevenção

Quadro.4 REPOSICIONAMENTOS	OBJECTIVO: Promover o alívio/redução de pressão
MEDIDAS	JUSTIFICAÇÃO
Alternância de decúbitos/posicionamentos	
Realizar a alternância de decúbitos/ posicionamentos, em todas as pessoas idosas em risco de desenvolverem úlceras de pressão, de forma a reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (A)	Promove a redução do tempo e a quantidade de pressão exercida nas proeminências ósseas porque altas pressões em curtos períodos são tão prejudiciais como baixas pressões por longos períodos de tempo
Realizar a alternância de decúbitos/ posicionamentos, de acordo com a condição clínica da pessoa idosa, os objetivos do tratamento, as áreas de pele mais vulneráveis e as superfícies de apoio em uso (C)	Promove o conforto e a dignidade do indivíduo
Frequência dos posicionamentos	
Realizar os posicionamentos à pessoa idosa segundo o grau de risco avaliado (escala de Braden), com a frequência adequada à tolerância dos tecidos, o nível de atividade e mobilidade individual, sua condição clínica e condição da sua pele (C)	Promove o conforto da pessoa idosa e despista a resistência/tolerância cutânea
A frequência dos posicionamentos pode depender das superfícies de apoio em uso (A)	As características das superfícies de apoio influenciam a frequência dos reposicionamentos mas não os substitui
Técnicas de posicionamento	
Evitar o posicionamento sobre áreas ou proeminências que apresentem eritema não branqueável (C)	Promove a redução de forças de pressão
Evitar o posicionamento sobre dispositivos médicos (C)	Promove a redução de forças de pressão
Evitar o posicionamento sobre úlceras ou lesões existentes (C)	Promove a redução de forças de pressão
Evitar o contacto direto entre proeminências ósseas entre si (C)	Promove a redução de forças de pressão
Manter os calcâneos protegidos e elevados da superfície da cama (C)	Promove a redução de forças de pressão
Virar ou reposicionar a pessoa idosa acamada, pelo menos, a cada 2 horas (C)	Evita as forças de pressão
Não arrastar a pessoa idosa no leito durante a transferência ou o posicionamento, usar trapézio ou resguardo da cama, para a elevar ou movimentar (C)	Reduz as forças de fricção e deslizamento
Elevar a cabeceira da cama o menos possível e por pouco tempo (ângulo máximo de 30 graus ou menos), se o estado clínico individual o permitir (C)	Reduz as forças de fricção e deslizamento
Limitar a rotação lateral das pessoas idosas a 30 graus da posição supina ou prona para evitar a carga direta sobre os trocânteres (C)	Evita as forças de pressão
Manter o alinhamento corporal, a distribuição do peso e o equilíbrio da pessoa idosa	Contribui para o conforto, alívio e redistribuição de pressão
Elaborar um plano que contemple as mudanças posturais, o alinhamento postural, as mobilizações ativas e passivas	Contribui para o conforto, dignidade e capacidade funcional do indivíduo, evita fatores de risco extrínsecos
Reposicionamento no indivíduo sentado	
Efetuar mobilização hora a hora, quando se realiza levante para o cadeirão (C)	Promove a redução de forças de pressão, de fricção e deslizamento
Efetuar ou encorajar mudança de posição sentado de 15/15 minutos para alívio do seu peso (C)	Promove a redução de forças de pressão
Evitar os pés pendentes, colocar um estrado ou apoio para os pés (C)	Promove a redução de forças de pressão, de fricção e deslizamento
Documentação dos reposicionamentos	
Registar o plano de posicionamentos, a sua frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados desses posicionamentos (C): <u>Plano De Posicionamentos</u> (Apêndice 9)	Implica os membros da equipa, indivíduos e cuidadores, garante a continuidade dos cuidados de prevenção, favorece o acompanhamento da evolução da situação de risco e assegura a comunicação entre profissionais
Educação e treino no reposicionamento	
Educar para a importância dos reposicionamentos, técnicas corretas de reposicionamento e uso de equipamentos, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver úlcera de pressão, incluindo o próprio e os cuidadores (C): <u>Folheto IV- PREVENIR Úlcera De Pressão: Posicionamentos</u> (Apêndice 11)	A capacitação pessoa idosa e seus cuidadores garantem a continuidade dos cuidados de prevenção

Quadro.5 SUPERFÍCIES DE APOIO	OBJECTIVO: Promover a redistribuição de pressão
MEDIDAS	JUSTIFICAÇÃO
Usar dispositivos de alívio/redução de pressão de acordo com o risco detetado e suas necessidades, de forma contínua e pelo tempo em que se mantem o risco (Hampton & Collins, 2005), (Iglesias, et al, 2006) (C)	Evita forças de pressão
Selecionar a superfície de apoio de acordo com o contexto da prestação de cuidados (C)	Envolvimento dos indivíduos e seus cuidadores garantindo a continuidade dos cuidados de prevenção
Adequar a superfície de apoio à pessoa idosa no leito ou sentada, segundo o risco detetado para o desenvolvimento de úlceras de pressão (Hampton & Collins, 2005), (Iglesias, et al, 2006) (B)	Contribui para o conforto, alívio e redistribuição de pressão, evita forças de pressão, fricção e deslizamento
Avaliar a superfície de apoio quanto à sua funcionalidade e adequabilidade, a cada contato com a pessoa idosa (C)	Garante a continuidade dos cuidados de prevenção e promove o conforto do individuo
Verificar se a superfície de apoio se encontra dentro do tempo de vida útil recomendado, antes da sua utilização (C)	Garante a continuidade dos cuidados de prevenção e promove o conforto do individuo
Utilização de colchões e camas	
Não colocar as pessoas idosas de risco de desenvolver úlceras de pressão em colchões convencionais (A)	Aumento do risco de desenvolver úlceras de pressão
Usar uma superfície estática quando a pessoa idosa ainda apresenta alguma capacidade de se reposicionar no leito (B)	Contribui para o conforto, alívio e redistribuição de pressão
Usar uma superfície dinâmica de apoio, em pessoas idosas de alto risco de desenvolverem úlceras de pressão, incapazes de se reposicionar ou quando não é possível o reposicionamento manual frequente (B)	Promove a distribuição da carga
Utilizar uma superfícies de apoio dinâmico, em situação de imobilidade e desnutrição, agravados por dor nos (re)posicionamentos: <i>Avaliação Da Dor</i> (Apêndice 12)	Contribui para o conforto, alívio e redistribuição de pressão
Posicionar e reposicionar todas as pessoas idosas com risco de desenvolver úlceras de pressão (C)	Contribui para o alívio e redistribuição de pressão
Prevenção de úlceras de pressão dos calcâneos	
Evitar o contato dos calcâneos na superfície da cama (Gilcreast, et al, 2005) (C)	Evita forças de pressão, fricção e deslizamento
Utilizar dispositivos de proteção dos calcâneos para elevação completa dos mesmos (ausência de carga) (Gilcreast, et al, 2005), com distribuição do peso da perna ao longo da face posterior e não no tendão de Aquiles. Os joelhos devem ficar em ligeira flexão e apoiados (C)	Promove a distribuição da carga, contribui para o conforto, alívio e redistribuição de pressão e previne a hiperextensão do joelho que pode causar obstrução da veia poplítea que pode predispor a uma trombose venosa profunda
Utilizar uma almofada de apoio na região dos gêmeos para elevação dos calcâneos (“calcâneos flutuantes”) (B)	Contribui para o conforto, alívio e redistribuição de pressão e evita forças de pressão
Observar, em todas as visitas domiciliares, a pele dos calcâneos (C)	Garante a continuidade dos cuidados de prevenção
Prevenção de úlceras de pressão nos indivíduos sentados	
Utilizar almofada de assento de redistribuição de pressão em pessoas idosas sentadas, com diminuição da mobilidade e que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão (B)	Contribui para o conforto, alívio e redistribuição de pressão e evita forças de pressão
Limitar o tempo que uma pessoa idosa, com risco de desenvolver úlceras de pressão, passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão (B)	Evita forças de pressão, fricção e deslizamento
Observar, em todas as visitas domiciliares, com atenção reforçada, os locais mais vulneráveis das pessoas idosas sentadas, com lesão medular ou perdas sensoriais a nível dos membros inferiores (C)	Garante a continuidade dos cuidados de prevenção
Uso de outras superfícies de apoio	
Evitar o uso de pele de carneiro sintética; dispositivos tipo argola (Gilcreast, et al, 2005); ou luvas/balões de água (C)	Aumento da área das forças de pressão
Educação	
Educar para a importância do uso das superfícies de apoio, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver úlcera de pressão, incluindo o próprio e os cuidadores (C): <i>Folheto V- PREVENIR Úlcera De Pressão: Superfícies de apoio</i> (Apêndice 13)	A capacitação pessoa idosa e seus cuidadores garante a continuidade dos cuidados de prevenção

Quadro.6 NUTRIÇÃO	OBJECTIVO: Despistar o estado nutricional dos indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão
MEDIDAS	JUSTIFICAÇÃO
Utilizar uma abordagem estruturada para avaliar o estado nutricional, com um instrumento de avaliação nutricional válido, fiável e prático, fácil e rápido de usar (C): <u>Mini Nutritional Assessment- MNA®</u> (Anexo IV), <u>Mini Nutritional Assessment-Short Form: MNA®-SF</u> (Anexo V), <u>Avaliação Nutricional</u> (Apêndice 14)	Despiste precoce de desnutrição à pessoa idosa com risco de desenvolver úlceras de pressão
Avaliar o risco nutricional individual, no momento da admissão, conhecer os hábitos alimentares, o número de refeições diárias, o consumo habitual proteico e ingestão hídrica (C)	Fornecer parâmetros de referência individuais para o acompanhamento da evolução da situação de risco
Reavaliar o risco nutricional individual sempre que houver alteração do estado de saúde da pessoa idosa, que o justifique (C)	Garante a continuidade dos cuidados para o acompanhamento da evolução da situação de risco e a reavaliação do plano terapêutico
Desenvolver e implementar um plano de reforço nutricional, em situação de desnutrição ou risco de desnutrição, a todas as pessoas idosas em situação de risco de desenvolver úlceras de pressão (C)	Assegura a comunicação de um plano terapêutico, numa equipa multidisciplinar
Fornecer a cada indivíduo em risco de desenvolver úlceras de pressão e risco nutricional, um mínimo de 30-35 kcal/kg do peso corporal/dia, com 1,25-1,5g/kg/dia de proteínas e 1ml de líquidos/kcal/dia (C)	Assegura as necessidades calóricas, proteicas e hídricas recomendadas à pessoa idosa com risco de desenvolverem úlceras de pressão, diariamente
Planificar com a pessoa idosa e cuidadores uma dieta equilibrada e adequada, baseada na roda dos alimentos e segundo a situação clínica individual e as suas preferências (C)	Assegura a comunicação de um plano terapêutico, numa equipa multidisciplinar
Monitorizar e avaliar o estado nutricional mensalmente enquanto a pessoa idosa estiver em situação de risco (C)	Garante a continuidade dos cuidados para o acompanhamento da evolução da situação de risco e a reavaliação do plano terapêutico
Oferecer à pessoa idosa em risco nutricional e de desenvolver úlceras de pressão suplementos da dieta habitual, suplementos nutricionais com alto teor proteico, oralmente ou por sonda de alimentação, em caso de doença aguda, crónica ou em consequência de uma intervenção cirúrgica (A)	Assegura as necessidades proteicas recomendadas à pessoa idosa com risco de desenvolverem úlceras de pressão, diariamente
Administrar suplementos nutricionais, oralmente ou por sonda de alimentação, nos intervalos das refeições habituais para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos durante as horas das refeições (C)	Assegura as necessidades hídricas recomendadas à pessoa idosa com risco de desenvolverem úlceras de pressão, diariamente
Educar para a importância da nutrição, a todos os que prestam cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver úlcera de pressão, incluindo o próprio e os cuidadores (C): <u>Folheto VI- PREVENIR Úlcera De Pressão: Nutrição</u> (Apêndice 15)	A capacitação pessoa idosa e seus cuidadores garante a continuidade dos cuidados de prevenção

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ayello, E. & Sibbald, R. (2008). Preventing Pressure Ulcers and Skin Tears. In Capezuti, E, Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, D., Kluger, M. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for best practice*, 3rd Edition (pp. 403-429). Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). New York: Springer Publishing Company.
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2012). Nursing standard of practice protocol: pressure ulcer prevention & skin tear prevention. In Boltz, M., Capezuti, E., Terry T. Fulmer, T. T., Zwicker, D., O'Meara, A. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for best practice*, 4th Edition. (pp. 298-323). New York: Springer Publishing Company. Disponível: http://consultgerirn.org/topics/pressure_ulcers_and_skin_tears/want_to_know_more
- Bale, S., Cameron, J. & Meaume, S. (2006). Skin Care. In Romanelli, Marco, (Ed). *Science and practice of pressure ulcer management*. (pp 75-84). London: Springer
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi
- Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M., Matias, A., ... Romba, R. (2009). *Manual de Boas Práticas. Ulceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.
- EPUAP & NPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Gilcreast, D., Warren, J., Yoder, L., Clark, J., Wilson, J. & Mays, M. (2005). Research comparing three heel ulcer-prevention devices. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 32(2), 112-120.
- Hampton, S., & Collins, F. (2005). Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. *British Journal of Nursing*, 14(15), S6-S12.

- Hunter, S., Anderson, J., Hanson, D., Thompson, O., Langemo, D., & Klug, M. G. (2003). Clinical trial of a prevention treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN)*, 30(5), 250-258.
- ICE- Investigação Científica em Enfermagem (2010). *Prevenção de Ulceras por Pressão- Manual de Orientação para a Macaronésia*. Governo dos Açores, Secretaria Regional da Saúde. Disponível: http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_de_ulceraspor_pressao-Manual_de_orientacoes_para_a_Macarronesia.pdf
- Iglesias, D., Nixon, J., Cranny, G., Nelson, E. A., Hawkins, K., Phillips, A., ... Cullum, N. (2006). Pressure relieving support surfaces (PRESSURE) Trial: Cost-effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 332(7555), 1416.
- Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
- NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Clinical Guideline 29: quick reference guide- the prevention and treatment of pressure ulcers*. Disponível: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10972/29883/29883.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- WOCN- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Disponível: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23868>

1. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DE UP NA APLICAÇÃO DO INDICE DE BARTHEL

**Pessoa Idosa
Com Dependência (Barthel)
Em Risco De Imobilidade E
Em Risco De Desenvolver
Úlceras De Pressão**

2. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO NA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL- Pessoa idosa com dependência (Barthel) em risco de imobilidade e de desenvolver úlceras de pressão

ABVD	ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular a pessoa idosa a alimentar-se, de acordo, com as suas capacidades e ao seu ritmo -Proporcionar uma alimentação equilibrada estabelecendo a quantidade e a frequência das refeições adequadas à pessoa idosa -Tornar a refeição um momento agradável, sem pressões ou críticas -Utilizar utensílios adaptados de acordo com as limitações da pessoa - Preparar os alimentos de forma facilitadora à sua ingestão
Vestir	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular a capacidade de decisão, solicitar a participação da pessoa na escolha do vestuário e valorizar a sua opinião respeitando os seus hábitos e preferências embora de acordo com as limitações da pessoa -Promover o uso de roupas adaptadas, a cada caso -Preparar o vestuário por ordem inversa à sua utilização de modo a facilitar o ato de vestir
Uso Da Casa De Banho	<ul style="list-style-type: none"> -Otimizar o ambiente, com as adaptações necessárias, a que o uso da casa banho seja realizado em segurança, uso de alteadores da sanita, barras de segurança, etc.
Subir Escadas	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a mobilidade com adaptação do ambiente a fim de facilitar a marcha em segurança e evitar o risco de quedas -Incentivar a mobilidade, mantendo a pessoa idosa o mais ativa possível -Manter a atividade segundo as capacidades e tolerância ao esforço da pessoa idosa -Recorrer a ajudas técnicas como bengalas ou andarilhos pode ser determinante na manutenção da atividade da pessoa idosa
Transferência Cadeira- Cama	<ul style="list-style-type: none"> -Incentivar o cuidador ao estímulo, supervisão, ajuda e criação de condições de segurança necessárias à mobilidade da pessoa idosa -Estimular o exercício, mantendo a atividade com as tarefas do dia-a-dia -Supervisionar a pessoa idosa na mobilização evitando riscos desnecessários, mantendo a sua autonomia -Solicitar a participação da pessoa idosa na transferência, explicando os passos do que se vai realizar e a forma da pessoa colaborar, evitando esforços desnecessários
Deambulação	<ul style="list-style-type: none"> -Comunicar com a pessoa durante todo o processo de transferência adequando o verbal e o não-verbal para manter a pessoa idosa em interação -Utilizar estratégias para a mobilização/ transferência da pessoa idosa adequadas à pessoa e cuidador -Realizar a transferência/deitar/sentar de forma calma e adequada, promovendo a confiança, proporcionando a segurança e prevenindo o risco de queda - Promover o levantar
Banho	<ul style="list-style-type: none"> -Respeitar os hábitos e preferências da pessoa idosa e adequar a periodicidade da sua higiene -Solicitar e possibilitar a participação da pessoa na execução da sua higiene -Promover a sua autoestima durante a realização da sua higiene, efetuando reforços positivos e evitando comentários depreciativos
Higiene Corporal	<ul style="list-style-type: none"> -Otimizar o ambiente, com as adaptações necessárias, a que o banho seja realizado de forma agradável e em segurança -Agilizar a realização da higiene, reunindo o material necessário, estimulando a pessoa a realizar a sua higiene ao seu ritmo
Controlo Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar os padrões habituais de eliminação da pessoa idosa -Evitar uma atitude crítica, depreciativa ou de reprovação relativamente à incontinência pois esta pode provocar desconforto tanto à pessoa idosa como a quem a cuida. -Despistar a presença de tenção ou desconforto associado ao comprometimento do controlo intestinal/vesical -Promover de acordo com as necessidades da pessoa idosa a frequência adequada ao autocuidado da eliminação
Controlo Vesical	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a utilização e o acesso fácil a dispositivos práticos para que a pessoa os possa utilizar de forma independente (fraldas, proteção da cama, urinóis, arrastadeiras, etc). -Adotar vestuário facilitador à atividade da eliminação

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

O Índice de Barthel (IB) é um instrumento de avaliação da capacidade funcional do idoso na realização de cada atividade básica de vida diária (ABVD), criado por Mahoney e Barthel, em 1965 e validado para a população portuguesa, em 2007, por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto.

As atividades básicas de vida diária (ABVD) são atividades primárias e imprescindíveis para a pessoa viver de forma independente, que se relacionam com a mobilidade e o autocuidado, nomeadamente, alimentar-se, vestir-se, usar a casa de banho, deambular, etc. Este índice avalia o nível de independência/grau de dependência da pessoa na realização das ABVD e é composto por 10 atividades: Alimentação, Vestir, Uso Da Casa De Banho, Subir Escadas, Transferência Cadeira-Cama, Deambulação, Banho, Higiene Corporal, Controlo Intestinal, Controlo Vesical.

Para cada uma das ABVD é recomendada uma análise individual, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma, ou seja, o conhecimento do nível de autonomia, em relação a cada atividade, é essencial para a planificação dos cuidados de uma forma personalizada, justificando o seu uso na prevenção da imobilidade, que representa um dos fatores principais ao desenvolvimento de úlceras de pressão, na pessoa idosa.

A imobilidade, consequência da redução de movimento, promove a diminuição da atividade e um aumento da pressão sobre as proeminências ósseas, resultando num aumento de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. A imobilidade é um conceito variável e está relacionado com qualquer limitação do movimento e compromete a qualidade de vida de quem a tem, a sua gravidade oscila e normalmente é progressiva, por isso, a importância da mobilidade que associada ao movimento e deslocação em espaço físico circundante permitem uma maior independência individual.

Com o Índice de Barthel, deve identificar-se os hábitos, preferências e limitações em cada ABVD e avaliar o grau de dependência em cada uma delas porque as intervenções de Enfermagem são implementadas a cada ABVD (tabela em anexo), não sendo por isso de desvalorizar o valor total do IB, que prespetiva a (in) dependência de forma mais geral, ou seja, se:

IB >90 Independente	IB 60-90 Ligeiramente dependente	IB 40-55 Moderadamente dependente	IB 20-35 Severamente dependente	IB <20 Totalmente dependente
<div><div>↓</div><div>↘</div><div>↓</div><div>↘</div><div>↘</div><div>↘</div></div>				
-Avaliar os conhecimentos da pessoa idosa na realização das suas ABVDs -Orientar e promover a autonomia da pessoa idosa -Verificar e identificar a presença de ajudas técnicas e sua adaptabilidade -Estimular a manutenção da atividade física da pessoa idosa	-Supervisionar, orientar e assistir a pessoa idosa na realização das suas ABVDs -Promover a autonomia da pessoa idosa na realização das suas ABVDs -Orientar para a manutenção da estimulação física e cognitiva -Avaliar os conhecimentos e capacidades do cuidador -Preparar o cuidador para o seu papel		-Assistir a todas as ABVDs da pessoa idosa -Programar ajuda formal ao cuidador -Estimular a atividade e promover o exercício físico da pessoa idosa	
REAVALIAÇÃO DE IB				
3 a 6 meses e SOS		Mensal		Trimestral

Referências Bibliográficas:

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice De Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. 25(2). 59-66.

Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos*. (J. Gouveia, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Wound care Essentials- practice principles*)

Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

3. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DE UP NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

**Pessoa Idosa
Com Dependência (Barthel)
Em Risco De Desenvolver
Úlceras De Pressão**

3. LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN - Pessoa idosa com dependência (Barthel) em risco de desenvolver úlceras de pressão

A Escala de Braden é um instrumento de avaliação de risco de desenvolver úlceras de pressão, criado em 1987 por Barbara Braden e Nancy Bergstrom e validada, em 2001, por Carlos Margato, Cristina Miguéns, Pedro Lopes Ferreira, João Gouveia, Kátia Furtado, para a população portuguesa.

A escala centra-se em dois principais fatores no desenvolvimento de úlceras de pressão: a intensidade e duração da pressão que se relacionam com as subescalas da perceção sensorial, mobilidade e atividade; e a tolerância tecidual à pressão que se relaciona com a humidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento.

Para cada uma das subescalas é recomendada uma análise individual, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma (Tabela 1- estratégias de prevenção nas subescalas de Braden).

A aplicação da Escala de Braden categoriza, em dois níveis, o risco de desenvolver úlceras de pressão, da seguinte forma:

- a) Alto risco de desenvolvimento de UP no adulto - valor final ≤ 16 ;
- b) Baixo risco de desenvolvimento de UP no adulto - valor final ≥ 17 ;

Todas as pessoas que apresentem baixo risco de desenvolver úlceras de pressão mantêm risco, todas as pessoas idosas têm de ser considerados de risco e o juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação.

Um valor final (total) baixo significa alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e as autoras, Braden e Bergstrom, sugerem, que o alto risco, em termos globais, ou seja, o somatório das subescalas apresentasse os seguintes níveis de risco: Risco (15 a 18), Moderado Risco (13 a 14), Alto Risco (10 a 12), Risco Muito Elevado (≤ 9) (Tabela 2- estratégias de prevenção segundo o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão segundo Braden).

Tabela 1- estratégias de prevenção nas subescalas de Braden

SUBESCALAS	ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto relacionado com a pressão	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a limitação da percepção sensorial existente e a sua manifestação -Considerar o estado de consciência, orientação, capacidade cognitiva e capacidade de expressão individual -Despistar precocemente a presença de dor ou desconforto à pressão -Vigiar a pele dos locais sem sensibilidade ou limitação sensorial, a cada visita -Proteger os locais mais vulneráveis à pressão- os locais sem sensibilidade ou limitação sensorial -Realizar os posicionamentos à pessoa idosa com a frequência adequada à tolerância dos tecidos, o nível de atividade e mobilidade individual, condição clínica e condição da pele
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a causa da humidade -Evitar a exposição da pele à humidade excessiva através do uso de produtos barreira -Utilizar fraldas e pensos absorventes -Utilizar roupa adequada e ajustada ao ambiente circundante -Manter as roupas secas e esticadas, tanto da cama como da pessoa -Limpar a pele sempre que se encontre suja, evitando a água quente e utilizando sabão ou substâncias de limpeza de baixo potencial irritativo -Lavar, enxaguar e secar as pregas cutâneas e espaços interdigitais -Aplicar cremes hidratantes, promovendo a sua absorção e não utilizar soluções alcoólicas sobre a pele
Atividade Nível de atividade física	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar o nível de atividade física individual -Estimular e promover a mobilização, a transferência e o levante, manter o alinhamento corporal, a distribuição do peso e o equilíbrio da pessoa idosa -Estimular a marcha -Realizar um plano de exercícios passivos e ativos, que implique os membros da equipa, pessoa idosa e cuidadores, que sejam de fácil execução e de acordo com a tolerância ao esforço individual
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a capacidade que a pessoa idosa tem para alterar e controlar a posição do corpo -Realizar a alternância de decúbitos/posicionamentos, de forma a reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre as áreas vulneráveis do corpo e de acordo com a condição clínica da pessoa idosa, o nível de atividade e mobilidade individual, os objetivos do tratamento, as áreas de pele mais vulneráveis (adequada à tolerância dos tecidos), e as superfícies de apoio em uso - Virar ou reposicionar a pessoa idosa acamada, pelo menos, a cada 2 horas, dependendo da tolerância tecidual individual - Efetuar ou encorajar mudança de posição sentado de 15/15 minutos para alívio do seu peso - Efetuar mobilização hora a hora, quando se realiza levante para o cadeirão - Elaborar um plano que contemple as mudanças posturais, o alinhamento postural, as mobilizações ativas e passivas à pessoa idosa -Utilizar uma superfície de redistribuição de pressão (uma superfície estática quando o indivíduo ainda apresenta alguma capacidade de se reposicionar no leito e uma superfície dinâmica de apoio, em indivíduos incapazes de se reposicionar ou quando não é possível o reposicionamento manual frequente)
Nutrição Alimentação Habitual	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer os hábitos alimentares, o número de refeições diárias, o consumo habitual proteico e ingestão hídrica da pessoa idosa -Planificar com a pessoa idosa e cuidadores uma dieta equilibrada e adequada, baseada na roda dos alimentos, segundo a situação clínica da pessoa idosa e das suas preferências - Fornecer à pessoa em risco de desenvolver úlceras de pressão e risco nutricional, um mínimo de 30-35 kcal/kg do peso corporal/dia, com 1,25-1,5g/kg/dia de proteínas e 1ml de líquidos/kcal/dia - Desenvolver e implementar um plano de reforço nutricional com o médico de família ou nutricionista, em situação de desnutrição ou risco de desnutrição -Realizar uma avaliação nutricional mensal em situação de desnutrição ou risco de desnutrição -Reavaliar o risco nutricional individual sempre que houver alteração do estado de saúde da pessoa idosa, que o justifique
Fricção e forças de deslizamento	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a presença de forças de fricção e deslizamento -Proteger os locais expostos à fricção -Não arrastar a pessoa idosa no leito durante a transferência ou o posicionamento, usar trapézio ou resguardo da cama, para elevar ou movimentar a pessoa idosa -Elevar a cabeça da cama o menos possível e por pouco tempo (ângulo máximo de 30 graus ou menos), se o estado clínico da pessoa idosa o permitir

Tabela 2- estratégias de prevenção segundo o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

RISCO (15 a 18)	MODERADO RISCO (13 a 14)	ALTO RISCO (10 a 12)	RISCO MUITO ELEVADO (≤9)
-Usar uma escala de posicionamentos -Otimização da mobilização -Proteção de calcanhar -Controlo da humidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento -Uso de superfícies de redistribuição da pressão	-Manter as intervenções de Risco - Aumento da frequência dos posicionamentos -Mudança de decúbito com posicionamentos a 30 graus	-Manter as intervenções de Moderado Risco -Intervalos de posicionamentos mais curtos, com pequenas alterações de posição -Utilização de cunhas de espuma para facilitar a lateralização a 30 graus	-Manter as intervenções de Alto Risco -Utilização de superfícies de apoio dinâmico, em situação de imobilidade e desnutrição, agravados por dor no posicionamento -Controlo e avaliação da dor

Referências Bibliográficas:

Ayello, E.& Sibbald, R. (2012). Nursing standard of practice protocol: pressure ulcer prevention & skin tear prevention. In Boltz, M., Capezuti, E., Terry T. Fulmer, T. T., Zwicker, D., O'Meara, A. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for best practice*, 4th Edition. (pp. 298-323). New York: Springer Publishing Company. Disponível: [http://consultgerirn.org/topics/pressure ulcers and skin tears/want to know more](http://consultgerirn.org/topics/pressure%20ulcers%20and%20skin%20tears/want%20to%20know%20more)

Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos*. (J. Gouveia, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Wound care Essentials- practice principles*)

Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M. F., Matias, A., ... Romba, R. (2009). *Manual de Boas Práticas. Úlceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.

EPUAP & NPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível:

http://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2012/02/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf

ICE- Investigação Científica em Enfermagem (2010). *Prevenção de Úlceras por Pressão- Manual de Orientação para a Macaronésia*. Governo dos Açores, Secretaria Regional da Saúde. Disponível:

http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_de_ulceraspor_pressao-Manual_de_orientacoes_para_a_Macarronesia.pdf

NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Clinical Guideline 29: quick reference guide- the prevention and treatment of pressure ulcers*.

Disponível: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10972/29883/29883.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

WOCN- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*. WOCN Clinical Practice

Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses

Society (WOCN). Disponível: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23868>

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice De Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. 25(2). 59-66.
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2008). Preventing Pressure Ulcers and Skin Tears. In Capezuti, E, Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, D. & Kluger, M. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for best practice*, 3rd Edition (pp. 403-429). Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). New York: Springer Publishing Company.
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2012). Nursing standard of practice protocol: pressure ulcer prevention & skin tear prevention. In Boltz, M., Capezuti, E., Terry T. Fulmer, T. T., Zwicker, D. & O'Meara, A. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for best practice*, 4th Edition. (pp. 298-323). New York: Springer Publishing Company. Disponível: http://consultgerirn.org/topics/pressure_ulcers_and_skin_tears/want_to_know_more
- Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos*. (J. Gouveia, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Wound care Essentials- practice principles*)
- Bale, S., Cameron, J. & Meaume, S. (2006). Skin Care. In Romanelli, Marco, (Ed). *Science and practice of pressure ulcer management*. (pp 75-84). London: Springer
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2^a ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês *Soigner... Le premier art de la vie*, 2ème éd., 2001)
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi
- Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M. F., Matias, A., ... Romba, R. (2009). *Manual de Boas Práticas. Úlceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.

- EPUAP & NPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível:
http://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2012/02/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf
- Ferry, M. & Alix, E. (2004). A nutrição da pessoa idosa: aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48. Acedido a 08/06/2013. Disponível:http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/How_to_Try_This_Fulmer_SPICES.25.aspx
- Guigoz, Y. (2006). The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*®. 10 (6), 466-487.
- Gilcreast, D. M., Warren, J. B., Yoder, L. H., Clark, J. J., Wilson, J. A., & Mays, M. Z. (2005). Research comparing three heel ulcer-prevention devices. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 32(2), 112-120.
- Gomes, F. (2008). *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Universidade de Aveiro. Disponível:
<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf>
- Hampton, S., & Collins, F. (2005). Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. *British Journal of Nursing*, 14(15), S6-S12.
- Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). *Preventing pressure ulcers and skin tears*. (2008) In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, 403-429.

- Hunter, S., Anderson, J., Hanson, D., Thompson, O., Langemo, D., & Klug, M. G. (2003). Clinical trial of a prevention treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN)*, 30(5), 250-258.
- ICE- Investigação Científica em Enfermagem (2010). *Prevenção de Úlceras por Pressão- Manual de Orientação para a Macaronésia*. Governo dos Açores, Secretaria Regional da Saúde. Disponível: http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_de_ulceraspor_pressao-Manual_de_orientacoes_para_a_Macarronesia.pdf
- Iglesias, C., Nixon, J., Cranny, G., Nelson, E., Hawkins, K., Phillips, A., ... Cullum, N. (2006). Pressure relieving support surfaces (PRESSURE) Trial: Cost-effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 332 (7555), 1416.
- Kaiser, M., Bauer, J., Uter, W., Donini, L., Stange, I., Volkert, D. ... Sieber, C.. (2011). Prospective Validation of the Modified Mini Nutritional Assessment Short-Forms in the Community, Nursing Home, and Rehabilitation Setting. *Journal The American Geriatrics Society*. 59 (11), 2124-2128
- Loureiro, M. H. V. S. (2008). *Validação do “Mini-Nutricional Assessment” em idosos*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
- NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Clinical Guideline 29: quick reference guide- the prevention and treatment of pressure ulcers*. Disponível: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10972/29883/29883.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor- Guia Orientador de Boa Prática.
Disponível:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde (2001). Plano Nacional da luta contra a Dor.
Lisboa: Direção Geral da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo
sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de
14/06/2003. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2008). Programa nacional de controlo da dor.
Circular Normativa nº 11/DGCG de 18/06/2008. Lisboa: Direção Geral da
Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da
Dor Crónica na pessoa idosa. Orientação da Direção Geral da Saúde nº
017/DGCG de 14/12/2010. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e
pediátrico (Braden Q) Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG
de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa:
Lidel.

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. &
Albarede, J. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and Its Use in
Grading the Nutritional State of Elderly Patients. *Nutrition*. 15(2), 116-122.

WOCN-Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). Guideline for
prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice
Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses
Society (WOCN). Disponível:
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23868>

ANEXOS

ANEXO I

Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Género: _____

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIAS	NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA		DATAS				
Alimentação	INDEPENDENTE (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5					
	DEPENDENTE	0					
Vestir	INDEPENDENTE (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as em bom tempo)	5					
	DEPENDENTE	0					
Uso da casa de banho	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5					
	DEPENDENTE	0					
Subir escadas	INDEPENDENTE (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir e descer escadas)	5					
	DEPENDENTE	0					
Transferência cadeira- cama	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15					
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10					
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5					
	DEPENDENTE	0					
Deambulação	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador ou canadianas)	15					
	NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10					
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (Anda pelo menos 50 metros)	5					
	DEPENDENTE	0					
Banho	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5					
	DEPENDENTE	0					
Higiene corporal	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz barba)	5					
	DEPENDENTE	0					
Controlo intestinal	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5					
	DEPENDENTE	0					
Controlo vesical	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5					
	DEPENDENTE	0					
TOTAL							

GRAU DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÕES/DATAS				
Independente	>90-100					
Ligeiramente dependente	60-90					
Moderadamente dependente	40-55					
Severamente dependente	20-35					
Totalmente dependente	<20					

Mahoney e Barthel (1965) *In* Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Nome: _____ Data: _____

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIAS	GRAU DE DEPENDÊNCIA	MEDIDAS DE INTERVENÇÃO	Avaliação/Data
Alimentação			
Vestir			
Uso da casa de banho			
Subir escadas			
Transferência cadeira-cama			
Deambulação			
Banho			
Higiene corporal			
Controlo intestinal			
Controlo vesical			

ANEXO II

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do paciente: _____ Nome do avaliador: _____

Data da
avaliação

Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte da superfície do corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Reage às instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir a dor ou desconforto numa ou nas duas extremidades.	4. Nenhum impedimento: Reage às instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir a dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se quase sempre húmida devido a transpiração, urina, etc. É detectada humidade sempre que o paciente é deslocado ou virado.	2. Pele húmida: A pele nem sempre está húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O paciente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Marcha ocasional: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtos períodos, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Marcha frequente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Muda ligeiramente e com frequência a posição do corpo e das extremidades sem qualquer ajuda.	4. Nenhuma limitação: Consegue mudar facilmente e com frequência de posição sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU Recibe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, lactínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total (TPN) que satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne e lactínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e Forças de deslizamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicamente ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema aparente: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição boa na cama ou cadeira a maior parte do tempo.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988				
© Copyright Validada para Portugal por Carlos Morgato, Cristina Miguéns, Pedro Lopes Ferreira, João Gouveia, Kátia Furtado, 2001				

Pontuação total

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERAS DE PRESSÃO

Nome-_____

	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO/DATA
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto relacionado com a pressão		
Humidade Nível de exposição da pele à humidade		
Atividade Nível de atividade física		
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo		
Nutrição Alimentação Habitual		
Fricção e forças de deslizamento		

Anexo III

CADI (Carer's Assessment of Difficulties Index)

- Índice de avaliação das dificuldades do cuidador

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL (CADI)

Nome do utente: _____ Data: ____/____/____

Nome do cuidador: _____

Prestar cuidados pode ser difícil porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/ sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto				
9	Chega a transformar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				

Índice de Avaliação das dificuldades do Cuidador Informal - (CADI)

Nome do utente: _____

Nome do cuidador: _____

(continuação)

Prestar cuidados pode ser difícil porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Nolan e colaboradores (1996), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Barreto e Brito (Brito, 2002) In Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel

Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso (1)	Isto acontece no meu caso e sinto que:			Total
		Não me Perturba(2)	Causa-me alguma perturbação(3)	Perturba-me Muito(4)	
Problemas relacionais 5/11/12/14/17/22/25/26					
Restrições sociais 1/3/8/9/18/20/21					
Exigências do cuidar 6/10/13/15/19/23/24					
Reações ao cuidar 2/4/29/30					
Apoio familiar 16/28					
Apoio profissional 7/27					

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO IV

Mini Nutritional Assessment: MNA®

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

☐

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

☐

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

☐

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

☐

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

☐

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

☐

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?
- carne, peixe ou aves todos os dias?

sim ☐ não ☐

sim ☐ não ☐

sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

☐

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

☐

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

☐

Avaliação global (máximo 16 pontos)

☐

Pontuação da triagem

☐

Pontuação total (máximo 30 pontos)

☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos

☐

estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos

☐

sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos

☐

desnutrido

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstien LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ANEXO V

Mini Nutritional Assessment- Short Form: MNA®-SF

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados.
Some os números para obter a pontuação final da triagem.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SE IMC NÃO DISPONÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA QUESTÃO F2 NÃO RESPONDER À QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER COMPLETA	
F2 Circunferência da Perna (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
 - Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront.* 2001; 56A: M365-377.
 - Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
 - Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13:782-788.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

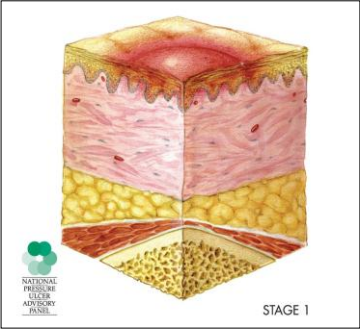

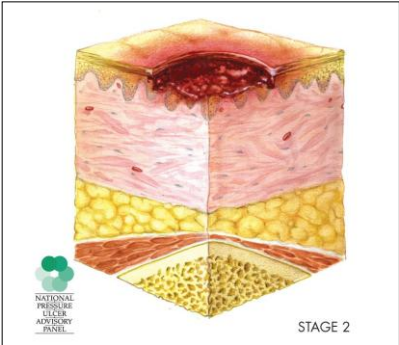

APÊNDICE 1

Categorização de Úlceras de Pressão

CATEGORIZAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

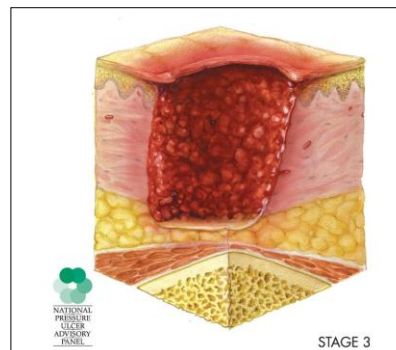
Definição internacional de úlcera de pressão segundo a NPUAP/EPUAP- Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (EPUAP/NPUAP, 2009, p.7). As úlceras de pressão podem categorizar-se segundo as características que apresentam, que dependem das camadas lesionadas.

Quadro 1. Categorização de úlceras de pressão

Categoria/Definição	FIGURA	FOTOGRAFIA
<p>I: Eritema Não Branqueável</p> <p>Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco” (EPUAP/NPUAP, 2009, p.8).</p>		
<p>II: Perda Parcial Da Espessura Da Pele</p> <p>Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose*. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.</p> <p>*Equimose é indicador de lesão profunda (EPUAP/NPUAP, 2009, p.8).</p>		

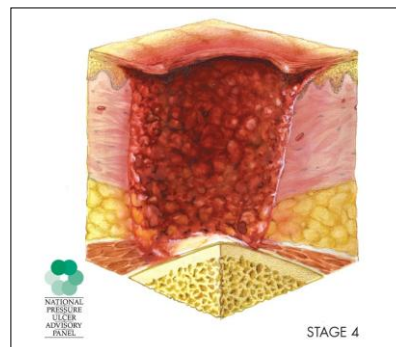
III: Perda Total Da Espessura Da Pele

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis. (EPUAP/NPUAP, 2009, p.8).



IV: Perda Total Da Espessura Dos Tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável (EPUAP/NPUAP, 2009, p.9).



FONTE:

EPUAP/NPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível: http://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2012/02/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf

<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-ulcer-categorystaging-illustrations/>

http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_de_ulceraspor_pressaoManual_de_orientacoes_para_a_Macaronesia.pdf

APÊNDICE 2

Avaliação da Pele

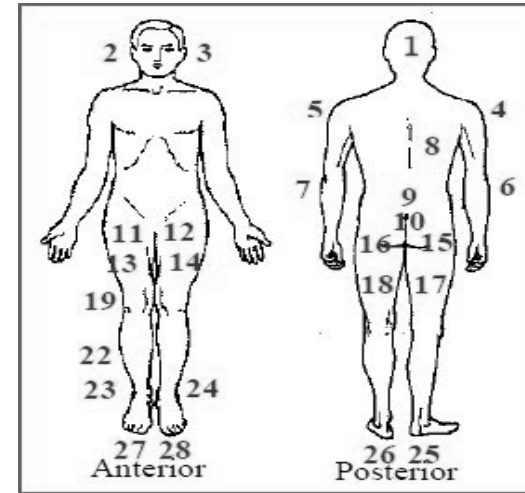
AVALIAÇÃO DA PELE

NOME: _____ DATA: ____/____/____

AVALIAÇÃO GERAL DA PELE		
INSPEÇÃO (pigmentação)	Palidez	
	Cianose	
	Icterícia	
	Hiperpigmentação	
	Hipopigmentação	
	Purpura senil	
	Sem alterações	
PALPAÇÃO	Humidade	
	Edemas	
	Turgidez	
	Textura	
OLFATO	Odor corporal normal	
	Presença de infecção	
	Má higiene	
OBSERVAÇÃO	Cabelo	
	Unhas	
ALTERAÇÕES CUTANEAS	Cicatrizes anteriores	
	Úlceras cicatrizadas	
	Outras	
ALTERAÇÕES DE POSTURA		
Locais sujeitos a dispositivos		
NOTAS		

Referências bibliográficas:

-European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
 -Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
 - Baranoski, S.; Ayello, E. (2006). O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos. Loures: Lusodidacta.
 -PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) - Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.



CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Categoria I – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

Categoria II – Perda parcial da espessura da pele que pode afetar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspeto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

Categoria III – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afetar a camada subadjacente.

Categoria IV – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte (tendões, cápsula articular, etc.). Estas lesões podem apresentar trajetos sinuosos e socavados.

AVALIAÇÃO ESPECÍFICA DA PELE									
Localização		Lesão	Pele íntegra						Estratégia
			Úlcera de pressão cicatrizada	Cor	Temperatura	Humidade	Edema ou Tumefação (rigidez)	Áreas de desconforto/dor	
1	Face posterior da cabeça								
2	Orelha direita								
3	Orelha esquerda								
4	Ombro direito								
5	Ombro esquerdo								
6	Cotovelo direito								
7	Cotovelo esquerdo								
8	Vertebras (superior médio)								
9	Sacro								
10	Cóccix								
11	Crista ilíaca direita								
12	Crista ilíaca esquerda								
13	Trocânter direito (anca)								
14	Trocânter esquerdo (anca)								
15	Tuberosidade isquiática direita								
16	Tuberosidade isquiática esquerda								
17	Coxa direita								
18	Coxa esquerda								
19	Joelho direito								
20	Joelho esquerdo								
21	Perna direita								
22	Perna esquerda								
23	Tornozelo direito								
24	Tornozelo esquerdo								
25	Calcanhar direito								
26	Calcanhar esquerdo								
27	Dedos do pé direito								
28	Dedos do pé esquerdo								
29	Outro (especificar)								

APÊNDICE 3

Identificação de fatores de risco para desenvolvimento de úlceras de pressão

IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE UP

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Género: ____

História da doença atual: _____

Antecedentes pessoais relevantes: _____

<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Doença cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Doença respiratória	<input type="checkbox"/>	Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Insuficiência venosa	<input type="checkbox"/>	Tabagismo
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Doença vascular Periférica	<input type="checkbox"/>	Doença neurológicas	<input type="checkbox"/>	Hipotensão	<input type="checkbox"/>	Trombose venosa profunda	<input type="checkbox"/>	Coagulopatias

Medicação/ Alergias:

NOME	Dosagem	Periodicidade		NOME	Dosagem	Periodicidade

Fragilidade da pessoa idosa (síndromes geriátricas presentes):

Acrónimo SPICES	EVIDÊNCIA	
	SIM	NÃO
S leep Disorders (alterações do sono)		
P roblems Whith Eating Or Feeding (alterações alimentares)		
I ncontinence (incontinência)		
C onfusion (confusão)		
E vidence Of Falls (equilíbrio, risco de quedas)		
S kin Breakdown (integridade cutânea e risco de úlceras de pressão)		

Outros fatores de risco (marcar presença de alterações):

Intrínsecos							
<input type="checkbox"/>	Nível de consciência	<input type="checkbox"/>	Continência esfinteriana	<input type="checkbox"/>	Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	Estado nutricional
<input type="checkbox"/>	Perceção sensorial	<input type="checkbox"/>	Mobilidade	<input type="checkbox"/>	Atividade	<input type="checkbox"/>	Dor
Extrínsecos (* Grelha De Caracterização Dos Cuidados De Manutenção À Pele Prestados Pelos Cuidadores À Pessoa Idosa Dependente Em Risco De Desenvolver Úlceras De Pressão)							
<input type="checkbox"/>	Pressão	<input type="checkbox"/>	*Técnicas de levante:				
<input type="checkbox"/>	Humidade	<input type="checkbox"/>	*Técnicas de transferência:				
<input type="checkbox"/>	Deslizamento	<input type="checkbox"/>	*Posicionamentos:				
<input type="checkbox"/>	Fricção	<input type="checkbox"/>	*Higiene:				
<input type="checkbox"/>	Dispositivos:	<input type="checkbox"/>	Superfícies de apoio e ajudas técnicas:				
Instrumentos de avaliação de risco:				AValiação (datas/ resultados)			
Índice de Barthel							
Escala de Braden							
Avaliação nutricional							
Avaliação da pele							
Avaliação da Dor							

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

Referências bibliográficas:

- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
- Baranoski, S.& Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48.

APÊNDICE 4

**Grelha De Caracterização Dos Cuidados De Manutenção À Pele Prestados
Pelos Cuidadores À Pessoa Idosa Dependente Em Risco De Desenvolver
Úlceras De Pressão**

GRELHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE MANUTENÇÃO À PELE PRESTADOS PELOS CUIDADORES À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM RISCO DE DESENVOLVER ULCERAS DE PRESSÃO

Nome do utente: _____ Nome do cuidador: _____

DATA:	DATA:	DATA:
O QUE FAZER?	AVALIAÇÃO DA PELE	
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO
Observa a pele diariamente		
Verifica as proeminências ósseas		
Verifica locais expostos à humidade		
Pesquisa alterações na pele: temperatura, cor, rigidez, tumefações		
O QUE FAZER?	CUIDADOS À PELE	
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO
Efetua a higiene diária com sabão neutro		
Não utiliza água quente		
Lava, enxagua e seca a pele sem a friccionar		
Lava, enxagua e seca as pregas cutâneas e espaços interdigitais		
Aplica creme hidratante		
Não massaja proeminências ósseas		
Mantem a roupa seca e esticada, tanto da cama como da pessoa idosa		
O QUE FAZER?	CONTROLO DA HUMIDADE	
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO
Protege a pele na presença de incontinência fecal e/ou urinária		
Mantem a pele seca em caso de diaforese		
O QUE FAZER?	POSICIONAMENTOS E MOBILIZAÇÃO	
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO
Efetua mobilizações/mudanças posturais		
Estimula a mobilidade e a atividade da pessoa idosa		
Estimula o levante e a transferência da pessoa idosa		
Efectua mudança da posição, no mínimo, de 2 em 2 horas		
Mobiliza a pessoa idosa evitando a fricção e o deslizamento		
Eleva a cabeceira da cama até ao máximo de 30°		
Em decúbito lateral, não ultrapassa a elevação da cabeceira a mais de 30°		
Evita apoiar o peso do corpo sobre os trocânteres		
O QUE FAZER?	NUTRIÇÃO	
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO
Assegura, no mínimo, cinco refeições diárias		
Assegura a ingestão de líquidos		
Assegura a ingestão proteica		
O QUE FAZER?	EDUCAÇÃO DO CLIENTE E CUIDADOR	
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO
Apresenta conhecimentos sobre a prevenção de úlceras de pressão		
Apresenta interesse sobre a prevenção de úlceras de pressão		
Apresenta disponibilidade para aprender a prevenir úlceras de pressão		

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

Referências Bibliográficas: European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel./Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN)./Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). *Preventing pressure ulcers and skin tears*. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2008 Jan. p. 403-29.

APÊNDICE 5

Grelha de identificação e caracterização dos cuidadores

GRELHA DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR

Nome do utente: _____ Data: ____/____/____

Nome do cuidador: _____

IDADE/GRUPO ETÁRIO	
GENERO	
ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDADE	
GRAU DE PARENTESCO (tipo de relação)	
OCUPAÇÃO/ATIVIDADE PROFISSIONAL	
ESTADO DE SAÚDE (física e mental)	
HORAS DE PRESTAÇÃO POR DIA	
TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	
COMPLEXIDADE DO CUIDADOR:	
PERSONALIDADE	
HISTÓRIA DE VIDA	
OBJETIVOS DE VIDA	
AUTOCONCEITO de cuidar	
EXPECTATIVAS de cuidar	
IDEOLOGIA (atitudes e crenças)	
RELAÇÕES FAMILIARES (mais significativas no cuidar)	
ESTRATÉGIAS DE COPPING (recursos pessoais)	
DISPONIBILIDADE PARA CUIDAR	

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL- (CADI): Data: ____/____/____

Problemas relacionais		Reações ao cuidar	
Restrições sociais		Apoio familiar	
Exigências do cuidar		Apoio profissional	

Intervenção: _____

Referências bibliográficas: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

APÊNDICE 6

Projeto de cuidados

PROJETO DE CUIDADOS

Nome: _____ Data: _____

Representação familiar (genograma)		
Pessoas significativas		
Família Vizinhos Instituição social Instituição de saúde		Ambiente
Acompanhamento das pessoas significativas		Evolução neste acompanhamento
Ligações com outros intervenientes (saúde, ação social)		Evolução destas ligações

Limitações provocadas pela doença atual		Alterações funcionais
O que PODE/SABE fazer		O que NÃO SABE/PODE fazer?
Sozinho	Com ajuda (qual e porquê?)	
Cuidados de manutenção da vida Atividades da vida a compensar e/ou estimular de acordo com as deficiências		Evolução nos cuidados de manutenção da vida Atividades da vida a compensar ou estimular em função dos compromissos
Cuidados de reparação- tratamento		Evolução ou modificação de tratamentos e dos cuidados de reparação

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

Referências bibliográficas: Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001)

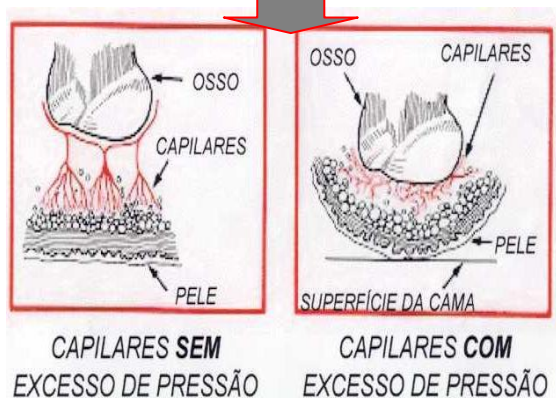
APÊNDICE 7

Folheto I – PREVENIR Úlcera De Pressão: Fatores de Risco

O QUE pode CAUSAR UMA ÚLCERA DE PRESSÃO

- **PRESSÃO**

A pressão constante vai lesar a pele e tecidos subjacentes. Uma pequena pressão por longos períodos é igual ou equivale, a uma grande pressão por curtos períodos de tempo.



- **FRICÇÃO**

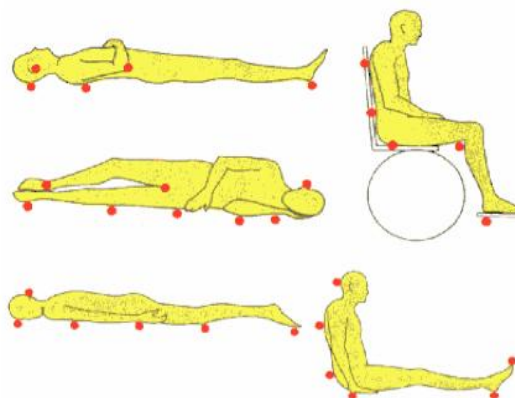
A fricção simplesmente corresponde a duas superfícies a moverem-se uma contra a outra e isso acontece quando a pele se move contra uma superfície de apoio.

- **FORÇAS DE DESLIZAMENTO**

Esta força é interação entre as forças gravitacionais e de atrito, que é a resistência que existe ao movimento entre duas superfícies.



LOCAIS MAIS COMUNS À PRESSÃO



OUTROS FACTORES DE RISCO:

- **IDADE AVANÇADA**



- **ALTERAÇÕES DA OXIGENAÇÃO**

Por causa de diversas doenças, como a Diabetes, Doença Cardiovascular e/ou respiratória, Tensão Arterial baixa

- **REDUÇÃO DA MOBILIDADE**

Alterações do estado de consciência (prostração, confusão ou demência)

Alterações da percepção sensorial causadas por AVC ou lesões medulares ou diabetes ou por alterações da sensibilidade dos pés e pernas

Alterações da atividade por dificuldade na deslocação ou por presença de dor



- ESTADO NUTRICIONAL

Desnutrição ou risco de desnutrição porque o idoso tem falta de apetite, tem redução da produção de saliva e vai reduzindo progressivamente o número das refeições diárias

Desidratação, a pessoa idosa perde a sensação de sede e por alterações da temperatura corporal perde líquidos pela pele



- DISPOSITIVOS

Presença de sondas de alimentação ou de oxigénio ou vesical (algália)



- INCONTINÊNCIA

Presença constante de humidade na pele por causa de urina ou fezes

- MEDICAÇÃO

- HIGIENE

Uso de água muito quente

Uso de agentes de limpeza irritantes

Uso de fricção para secar a pele

Uso de pó de talco, álcool ou colónias



- SUPERFÍCIES DE APOIO

Desconhecimento e inexistência de superfícies de apoio e materiais especiais para aliviar e distribuir a pressão

- POSICIONAMENTOS

Desconhecimento da necessidade de posicionar, levantar e transferir a pessoa idosa acamada

Posicionamentos pouco frequentes ou inadequados

PREVENIR ÚLCERA DE PRESSÃO

FATORES DE RISCO

FOLHETO I

APÊNDICE 8

Folheto II – PREVENIR Úlcera De Pressão: O que é? Como se manifesta?

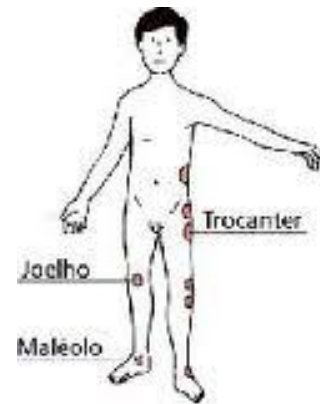
ÚLCERA DE PRESSÃO

Uma úlcera de pressão é uma lesão, na superfície da pele e/ou nas suas camadas, causada por pressão ou fricção e/ou combinação das duas, normalmente sobre uma proeminência óssea (osso mais saliente).

A úlcera de pressão pode manifestar-se de diferentes formas e apresentar algumas características que dão alerta de que a pele está a sofrer.



LOCAIS MAIS COMUNS:



COR

A pele pode demonstrar sofrimento através da cor que apresenta:



Se estiver rosa e branquear ao toque:

SINAL DE ALERTA!

⇒ **ALIVIAR PRESSÃO**

Se estiver vermelho e não branquear ao toque:

SINAL DE ALERTA! ⇒ ALIVIAR PRESSÃO! ⇒ CHAMAR EQUIPA DE ENFERMAGEM!

Se estiver castanho ou preto:
EXISTÊNCIA DE ÚLCERA DE PRESSÃO! ⇒ ALIVIAR PRESSÃO!

⇒ **CHAMAR EQUIPA DE ENFERMAGEM!**

TEMPERATURA

A pele pode demonstrar sofrimento através da temperatura que apresenta:

Se estiver fria (má circulação local) ou se estiver quente (lentidão da circulação sanguínea local)

SINAL DE ALERTA! ⇒ALIVIAR

PRESSÃO! ⇒Vigiar o local em sofrimento e a presença de outras alterações!

⇒ **Avisar EQUIPA DE ENFERMAGEM!**

RIGIDEZ

A pele pode demonstrar sofrimento através do endurecimento que apresenta: Se estiver dura ou ligeiramente inchada junto de uma proeminência óssea (osso mais saliente):

SINAL DE ALERTA! ⇒ALIVIAR

PRESSÃO! ⇒Vigiar o local em sofrimento e a presença de outras alterações!

⇒ **Avisar EQUIPA DE ENFERMAGEM**

DOR

A pele pode demonstrar sofrimento através da presença de desconforto ou dor junto de uma proeminência óssea (osso mais saliente):

SINAL DE ALERTA! ⇒ALIVIAR

PRESSÃO! ⇒ Vigiar o local em sofrimento e a presença de outras alterações!⇒

Avisar EQUIPA DE ENFERMAGEM!

CONTACTO DA EQUIPA DE SAÚDE:

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

DIAS DE ATENDIMENTO:

EQUIPA DE ENFERMAGEM:

OBRIGADO!



UCC



PREVENIR ÚLCERA DE PRESSÃO

**O QUE É?
COMO SE MANIFESTA?**

FOLHETO II

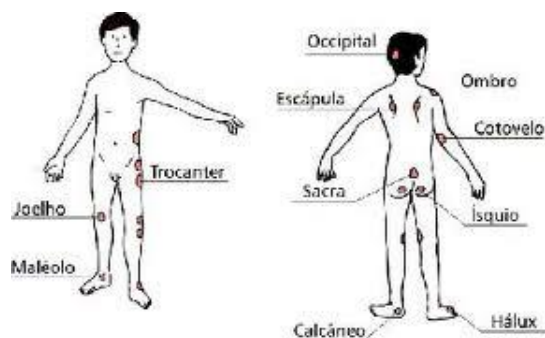
Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

APÊNDICE 9

Folheto III - PREVENIR Úlcera De Pressão: Cuidados à Pele

CUIDAR DA PELE É:

Vigiar a PELE todos os dias e todas as vezes que a pessoa é mobilizada e posicionada, nos locais mais comuns de desenvolver úlceras de pressão.



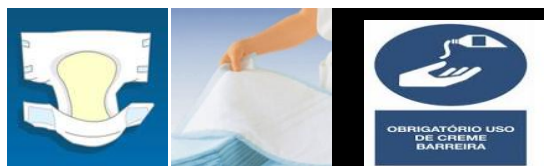
Limpar a PELE sempre que se suje. A frequência de limpeza da pele deve ser individualizada de acordo com a necessidade ou preferência da pessoa cuidada.



Usar a água morna, utilizar sabão neutro e cremes hidratantes.



Proteger a pele da exposição à humidade: incontinência urinária ou fecal, transpiração ou líquido de feridas.



Devem ser utilizadas fraldas descartáveis ou resguardos. Devem ser utilizados cremes barreira que agem como barreira à humidade. **Secar a pele cuidadosamente** com uma toalha macia sem esfregar vigorosamente.

Hidratar a PELE, sempre depois do banho ou higiene deve ser aplicado levemente um creme hidratante em todo o corpo da pessoa idosa.



Dar conforto à PELE através do alívio de pressão ou dor

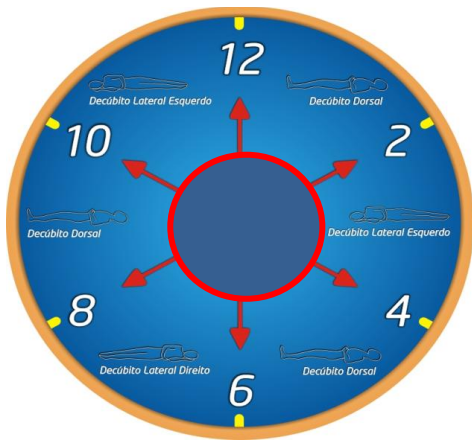
NÃO MASSAJAR as proeminências ósseas ou locais com rubor ou dor porque aumenta a pressão local podendo acelerar o aparecimento de lesão.



"Erguer" a pessoa idosa **utilizando um resguardo ou lençol móvel para a transferência-** evitar o "arrastamento" durante a mobilização.



Posicionar com frequência a pessoa idosa, de acordo com a tolerância da pele ou de 2 em 2 horas.



Utilizar superfícies de redistribuição de peso e alívio de pressão, aumenta o conforto e diminui o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão



Alimentar a PELE manter um bom estado de nutrição e hidratação.



Uma pele vigiada, limpa, hidratada e alimentada, em conforto, sem pressão ou dor é uma PELE CUIDADA é uma PELE SÃ.

PREVENIR ÚLCERA DE PRESSÃO

CUIDADOS À PELE

FOLHETO III

APÊNDICE 10

Plano de posicionamentos

PLANO DE POSICIONAMENTOS


NOME: _____


DATA: _____


	Posição	Hora inicial	Hora final	Duração	Observação/avaliação do resultado desse posicionamento								Posições		
					Sem alterações	Com alterações					Lesão				
						Local	Cor	Temperatura		Dor					Rigidez
								❄	☀						
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															


DOR


Escala de Faces



0
(Sem Dor)


1

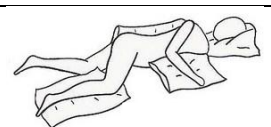

2


3



4


5
(Dor Máxima)


Posições



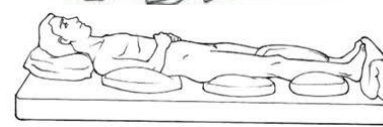
A



B








C



D

Locais com alterações


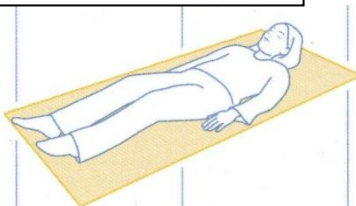


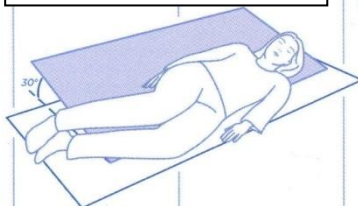
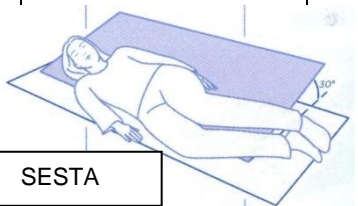
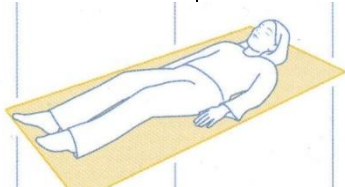


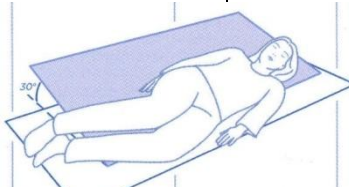
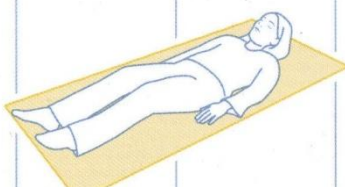







Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

APÊNDICE 11

Folheto IV - PREVENIR Úlcera De Pressão: Posicionamentos

EXEMPLO DE UM PLANO DE MOBILIZAÇÃO DIÁRIO

	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	REPOUSO NOTURNO				PEQUENO-ALMOÇO				HIGIENE NA MANHÃ				ALMOÇO				LANCHE	
											SESTA							
	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4						
			HIGIENE NA TARDE				JANTAR				CEIA							
					REPOUSO						HIGIENE AO DEITAR				REPOUSO NOTURNO			

Realizar mudança de posicionamentos: virar ou reposicionar a pessoa idosa acamada, pelo menos, a cada 2 horas, através de um plano de mobilizações. VIGIAR locais:



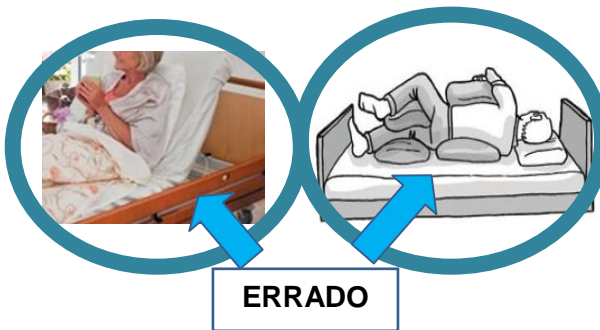
- Com **proeminências ósseas**
- **Entre proeminências ósseas**
- Com dispositivos
- Com úlceras ou lesões existentes

Manter os calcâneos protegidos e elevados da superfície da cama.



ERGER - Não arrastar a pessoa idosa no leito durante a transferência ou o posicionamento, sempre com resguardo da cama.

Para aliviar a pressão permanecer o menor tempo possível com a cabeceira da cama elevada a um ângulo superior a 30 graus ou em rotação lateral a mais de 30 graus.



Efetuar mobilização hora a hora quando se realiza levante para o cadeirão.



- ▼ Efetuar ou encorajar **mudança de posição sentado de 15/15 minutos** para alívio do seu peso.

Apoiar os pés, colocando um estrado ou apoio para os pés- evitando os pés pendentes.

PREVENIR ÚLCERA DE PRESSÃO

POSICIONAMENTOS

FOLHETO IV

APÊNDICE 12

Avaliação da Dor

AVALIAÇÃO DA DOR

CARACTERIZAÇÃO			
Localização (local, irradiações)		Fatores desencadeantes (agravamento)	
Qualidade (manifestações: aperto, picada, choque, moinha...)		Fatores atenuantes (alívio)	
Intensidade (segundo escala de avaliação da Dor)		Medidas farmacológicas (uso e efeito)	
Duração (contínua, intermitente, episódica)		Medidas não farmacológicas (uso e efeito)	
Etiologia (historia da dor, causas)		Formas de comunicar a dor/ A quem a comunica (silêncio, choro, fácies)	
Estratégias de coping (o que faz quando tem a dor?)		Implicações da dor nas AVDs	
INTERVENÇÕES			

Nome: _____ Data: _____

Elaborado por En^ª Ana Bento (4^ºCME-ESEL)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor- Guia Orientador de Boa Prática. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> // PORTUGAL, Direção Geral da Saúde (2001). Plano Nacional da luta contra a Dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde. // PORTUGAL, Ministério da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Lisboa: Direção Geral da Saúde. // PORTUGAL, Ministério da Saúde (2008). Programa nacional de controlo da dor. Circular Normativa nº 11/DGCG de 18/06/2008. Lisboa: Direção Geral da Saúde.// PORTUGAL, Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor Crónica na pessoa idosa. Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 14/12/2010. Lisboa: Direção Geral da Saúde. // European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.//Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN).//Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). *Preventing pressure ulcers and skin tears*. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2008 Jan. p. 403-29.

REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da Dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita.
- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) Para uma correta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Escala Numérica

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

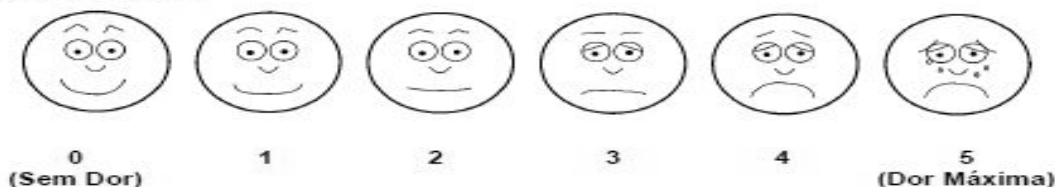
A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Escala de Faces



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

APÊNDICE 13

Folheto V - PREVENIR Úlcera De Pressão: Superfícies de apoio

O QUE SÃO SUPERFÍCIES DE APOIO (SA)

São superfícies especiais:

- ▶ Redistribuição de pressão
- ▶ Controlo da humidade da pele
- ▶ Controlo de temperatura da pele
- ▶ Controlo de infeção
- ▶ Conforto e bem-estar da pessoa
- ▶ Diminuição do atrito

Podem chamar-se:

Horizontais (Ex: colchões ou assentos de cadeira)

Locais (Ex: cotovelleiras e calcanheiras)

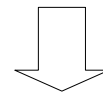
Estáticas ⇨ Reduzem a pressão porque redistribuição da carga devido ao aumento da superfície de contacto.

Dinâmicas

Reduzem a duração da pressão exercida nas proeminências ósseas variando a pressão através de meios mecânicos,

Devem ser adequadas:

- ▶ Necessidades da pessoa
- ▶ Fatores de risco individuais
- ▶ Integridade da pele
- ▶ Estrutura anatómica
- ▶ Conforto e bem-estar da pessoa



**CARATERISTICAS E
CAPACIDADE DE
DESEMPENHO DA
SUPERFÍCIES DE
APOIO**

RECOMENDA-SE

O uso de uma **superfície de apoio estática** quando a pessoa idosa ainda se mexe na cama e apresenta ainda alguma capacidade de se reposicionar na cama.

O uso de uma **superfícies de apoio dinâmico**, em situação de imobilidade e desnutrição, agravados por dor nos reposicionamentos ou quando não é possível o reposicionamento manual frequente.

NÃO SE RECOMENDA

Uso de pele de carneiro sintética;

Uso de luvas/balões de água

Uso de dispositivos tipo argola



TIPOS DE SUPERFÍCIES DE APOIO

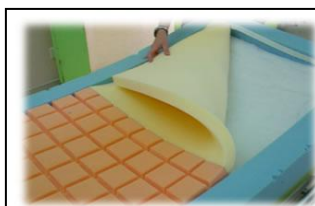
HORIZONTAIS ESTÁTICAS:



VISCO
ELÁSTICA



“MEMÓRIA” DA VISCO
ELÁSTICA

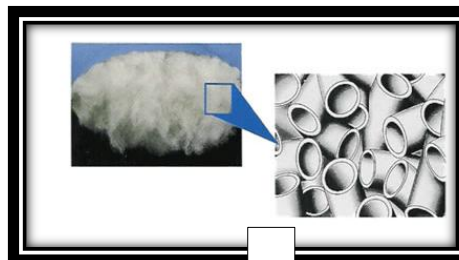


ESPUMA DE
POLIURETANO



GEL
SÓLIDO

MICROCANULAS
DE SILICONE



HORIZONTAL DINÂMICA:

COLCHÃO DE AR
PRESSÃO ALTERNA



PREVENIR ÚLCERA DE PRESSÃO

SUPERFÍCIES DE APOIO

FOLHETO V

APÊNDICE 14

Avaliação Nutricional

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Avaliações/datas									
INDICADORES NUTRICIONAIS									
Peso (real)									
Peso (estimado)									
Peso (desejado)									
Altura (Bilhete de Identidade)									
Altura (estimado)									
Índice de Massa Corporal (IMC- Kg/m ²)									
Avaliação antropométrica									
Perímetro Abdominal (PA-cm)									
Circunferência de Perna (CP-cm):									
Altura do joelho (AJ-cm)									
Circunferência de Braço (CB- cm)									
Prega Cutânea Subescapular (PCSE-cm):									
Avaliação bioquímica									
Hemoglobina									
Albumina									
Pré-albumina									
Transferrina									
<p>REFERÊNCIAS:</p> <p>Equação de Chumlea (Peso):</p> <p>Homem: $(0,98 \times CP) + (1,16 \times AJ) + (1,73 \times CB) + (0,37 \times PCSE) - 81,69$</p> <p>Mulheres: $(1,27 \times CP) + (0,87 \times AJ) + (0,98 \times CB) + (0,4 \times PCSE) - 62,35$</p> <p>Equação de Chumlea (Altura):</p> <p>Homem: $(2,02 \times AJ) - (0,04 \times idade) + 64,19$</p> <p>Mulheres: $(1,83 \times AJ) - (0,24 \times idade) + 84,88$</p> <p>Índice Quételet (IMC): $Peso / Altura^2$</p>									
					Albumina (g/dl)	Transferrina (mg/dl)	Pré-Albumina (mg/dl)		
Desnutrição Grave					≤3,0	≤150	≤15		
Desnutrição moderada]3,0; 3,5]]150, 200]]15, 20]		
Nutrido					>3,5	>200	>20		

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ferry, M. & Alix, E. (2004). A nutrição da pessoa idosa: aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais (2ª ed.). Loures: Lusociência.

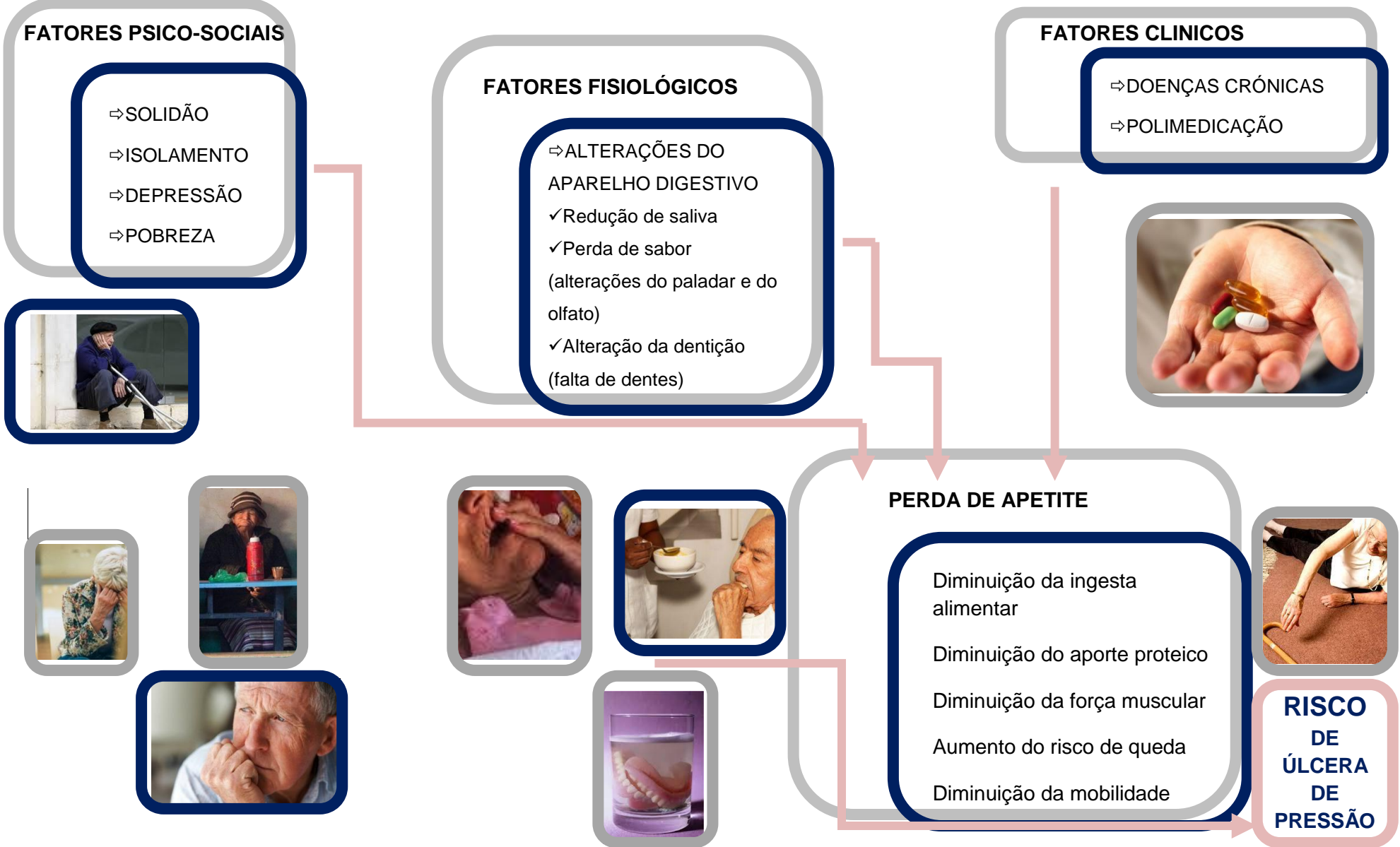
Gomes, F.M. O. (2008). *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Universidade de Aveiro. Disponível: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf>

Loureiro, M. H. V. S. (2008). *Validação do "Mini-Nutricional Assessment" em idosos*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra.

APÊNDICE 15

Folheto VI - PREVENIR Úlcera De Pressão: Nutrição

A PESSOA IDOSA MESMO BEM NUTRIDA CORRE RISCO DE **DESNUTRIÇÃO** DEVIDO AO PROCESSO DE **ENVELHECIMENTO**



Conhecer os hábitos alimentares da pessoa idosa:

- o número de refeições diárias
- o consumo habitual de proteínas
- o consumo habitual de líquidos
- preferências



Planificar com a pessoa idosa e cuidadores uma dieta equilibrada



Tornar a refeição um momento agradável, sem pressões ou críticas



Estimular a pessoa idosa a alimentar-se, de acordo, com as suas capacidades e ao seu ritmo



PREVENIR ÚLCERA DE PRESSÃO

NUTRIÇÃO

FOLHETO VI

Apêndice 16:

Processo de Intervenção de Enfermagem (PIE)

PROCESSO INDIVIDUAL DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

NOME: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

1. - Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão:

Este instrumento serve para identificar e despistar precocemente fatores de risco individuais que predispõem a pessoa idosa ao desenvolvimento de UP, nomeadamente idade avançada, antecedentes pessoais relevantes (hábitos ou doenças que afetam a perfusão e oxigenação tecidual), medicação e alergias, fragilidade (evidência de problemas comuns dos idosos), fatores intrínsecos (nível de consciência, continência esfinteriana, temperatura corporal, estado nutricional, percepção sensorial, mobilidade, atividade, dor) e fatores extrínsecos (humidade da pele, pressão, fricção e forças de deslizamento, presença de cateteres, incorreto manuseamento de técnicas: de levantar, transferência e posicionamento, deficientes cuidados de higiene, superfícies de apoio e ajudas técnicas) (Morison, 2004; Baranoski, Ayello, 2006; Fulmer, 2007; EPUAP & NPUAP, 2009).

IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE UP

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Género: ____

História da doença atual: _____

Antecedentes pessoais relevantes: _____

<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Doença cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Doença respiratória	<input type="checkbox"/>	Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Insuficiência venosa	<input type="checkbox"/>	Tabagismo
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Doença vascular Periférica	<input type="checkbox"/>	Doença neurológicas	<input type="checkbox"/>	Hipotensão	<input type="checkbox"/>	Trombose venosa profunda	<input type="checkbox"/>	Coagulopatias

Medicação/ Alergias:

NOME	Dosagem	Periodicidade		NOME	Dosagem	Periodicidade

Fragilidade da pessoa idosa (síndromes geriátricas presentes):

Acrónimo SPICES	EVIDÊNCIA	
	SIM	NÃO
S leep Disorders (alterações do sono)		
P roblems Whith Eating Or Feeding (alterações alimentares)		
I ncontinence (incontinência)		
C onfusion (confusão)		
E vidence Of Falls (equilíbrio, risco de quedas)		
S kin Breakdown (integridade cutânea e risco de úlceras de pressão)		

Outros fatores de risco (marcar presença de alterações):

Intrínsecos							
<input type="checkbox"/>	Nível de consciência	<input type="checkbox"/>	Continência esfinteriana	<input type="checkbox"/>	Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	Estado nutricional
<input type="checkbox"/>	Perceção sensorial	<input type="checkbox"/>	Mobilidade	<input type="checkbox"/>	Atividade	<input type="checkbox"/>	Dor
Extrínsecos (* Grelha De Caracterização Dos Cuidados De Manutenção À Pele Prestados Pelos Cuidadores À Pessoa Idosa Dependente Em Risco De Desenvolver Úlceras De Pressão)							
<input type="checkbox"/>	Pressão	<input type="checkbox"/>	*Técnicas de levante:				
<input type="checkbox"/>	Humidade	<input type="checkbox"/>	*Técnicas de transferência:				
<input type="checkbox"/>	Deslizamento	<input type="checkbox"/>	*Posicionamentos:				
<input type="checkbox"/>	Fricção	<input type="checkbox"/>	*Higiene:				
<input type="checkbox"/>	Dispositivos:	<input type="checkbox"/>	Superfícies de apoio e ajudas técnicas:				
Instrumentos de avaliação de risco:				AValiação (datas/ resultados)			
Índice de Barthel							
Escala de Braden							
Avaliação nutricional							
Avaliação da pele							
Avaliação da Dor							

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

Referências bibliográficas:

- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
- Baranoski, S.; Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48.

2. - Projeto de cuidados:

Este instrumento reúne dados como a representação familiar (genograma), relação entre pessoas significativas (família, vizinhos, instituição social ou de saúde e o ambiente), acompanhamento das pessoas significativa, ligações com outros intervenientes (saúde, ação social), limitações provocadas pela doença atual e alterações funcionais, despistando o que a pessoa idosa pode/sabe fazer sozinha ou com ajuda (qual e porquê?), o que não sabe/pode fazer, quais os cuidados de reparação necessários (tratamento), ou quais os cuidados de manutenção da vida (atividades da vida a compensar e/ou estimular de acordo com as deficiências) (Collière, 2003).

PROJETO DE CUIDADOS

Nome: _____ Data: _____

Representação familiar (genograma)		
Pessoas significativas		
Família Vizinhos Instituição social Instituição de saúde		Ambiente
Acompanhamento das pessoas significativas		Evolução neste acompanhamento
Ligações com outros intervenientes (saúde, ação social)		Evolução destas ligações

Limitações provocadas pela doença atual		Alterações funcionais
O que PODE/SABE fazer		O que NÃO SABE/PODE fazer?
Sozinho	Com ajuda (qual e porquê?)	
Cuidados de manutenção da vida Atividades da vida a compensar e/ou estimular de acordo com as deficiências		Evolução nos cuidados de manutenção da vida Atividades da vida a compensar ou estimular em função dos compromissos
Cuidados de reparação- tratamento		Evolução ou modificação de tratamentos e dos cuidados de reparação

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

Referências bibliográficas: Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001)

3. - Índice de Barthel

O Índice de Barthel é um instrumento facilitador que avalia a capacidade funcional do idoso na realização de cada atividade básica de vida diária (ABVD), criado por Mahoney e Barthel, em 1965 e validado para a população portuguesa, em 2007, por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto. Consiste na avaliação do nível de independência/grau de dependência no desempenho de dez atividades básicas de vida diária: alimentar-se, tomar banho, higiene corporal, vestir e despir, controlo de esfíncteres (vesical e intestinal), utilização da casa de banho, subir e descer escadas, transferência da cadeira para a cama, deambulação) (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

ÍNDICE DE BARTHEL

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Género: _____

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIAS	NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA		DATAS				
Alimentação	INDEPENDENTE (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5					
	DEPENDENTE	0					
Vestir	INDEPENDENTE (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as em bom tempo)	5					
	DEPENDENTE	0					
Uso da casa de banho	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5					
	DEPENDENTE	0					
Subir escadas	INDEPENDENTE (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir e descer escadas)	5					
	DEPENDENTE	0					
Transferência cadeira- cama	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15					
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10					
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5					
	DEPENDENTE	0					
Deambulação	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador ou canadianas)	15					
	NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10					
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (Anda pelo menos 50 metros)	5					
	DEPENDENTE	0					
Banho	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5					
	DEPENDENTE	0					
Higiene corporal	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz barba)	5					
	DEPENDENTE	0					
Controlo intestinal	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5					
	DEPENDENTE	0					
Controlo vesical	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10					
	NECESSITA DE AJUDA (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5					
	DEPENDENTE	0					
TOTAL							

GRAU DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÕES/DATAS				
Independente	>90-100					
Ligeiramente dependente	60-90					
Moderadamente dependente	40-55					
Severamente dependente	20-35					
Totalmente dependente	<20					

Mahoney e Barthel (1965) *In* Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Nome: _____ Data: _____

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIAS	GRAU DE DEPENDÊNCIA	MEDIDAS DE INTERVENÇÃO	Avaliação/Data
Alimentação			
Vestir			
Uso da casa de banho			
Subir escadas			
Transferência cadeira-cama			
Deambulação			
Banho			
Higiene corporal			
Controlo intestinal			
Controlo vesical			

4. Escala de Braden

A Escala de Braden é um instrumento de avaliação de risco de desenvolver úlceras de pressão, criado em 1987 por Barbara Braden e Nancy Bergstrom e validada, em 2001, por Carlos Margato, Cristina Miguéns, Pedro Lopes Ferreira, João Gouveia, Kátia Furtado, para a população portuguesa.

A escala centra-se em dois principais fatores no desenvolvimento de úlceras de pressão: a intensidade e duração da pressão que se relacionam com as subescalas da perceção sensorial, mobilidade e atividade; e a tolerância tecidular à pressão que se relaciona com a humidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento.

Para cada uma das subescalas é recomendada uma análise individual, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma (Tabela 1-estratégias de prevenção nas subescalas de Braden).

A aplicação da Escala de Braden categoriza, em dois níveis, o risco de desenvolver úlceras de pressão, da seguinte forma:

- a) Alto risco de desenvolvimento de UP no adulto - valor final ≤ 16 ;
- b) Baixo risco de desenvolvimento de UP no adulto - valor final ≥ 17 ;

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do paciente: _____ Nome do avaliador: _____

Data da
avaliação

Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte da superfície do corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Reage às instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir a dor ou desconforto numa ou nas duas extremidades.	4. Nenhum impedimento: Reage às instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir a dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se quase sempre húmida devido a transpiração, urina, etc. É detectada humidade sempre que o paciente é deslocado ou virado.	2. Pele húmida: A pele nem sempre está húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O paciente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Marcha ocasional: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Marcha frequente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Muda ligeiramente e com frequência a posição do corpo e das extremidades sem qualquer ajuda.	4. Nenhuma limitação: Consegue mudar facilmente e com frequência de posição sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínicos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, lactínicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total (TPN) que satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne e lactínicos. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e Forças de deslizamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicamente, contrações ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema aparente: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição boa na cama ou cadeira a maior parte do tempo.	

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988

© Copyright Validada para Portugal por Carlos Morgado, Cristina Miguéns, Pedro Lopes Ferreira, João Gouveia, Kátia Furtado, 2001

Pontuação total

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERAS DE PRESSÃO

Nome-_____

	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO/DATA
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto relacionado com a pressão		
Humidade Nível de exposição da pele à humidade		
Atividade Nível de atividade física		
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo		
Nutrição Alimentação Habitual		
Fricção e forças de deslizamento		

5. - Avaliação Da Pele:

Este instrumento permite uma avaliação específica e geral do estado da pele, incluindo alterações em pele intacta. Através de inspeção (pigmentação), de palpação (humidade, temperatura, edemas, turgidez, textura), do olfato (odor corporal, presença de infecção), da observação de unhas e cabelos, de alterações cutâneas (cicatrizes anteriores ou UP anteriores), de alterações de postura e locais sujeitos a cateteres, nomeadamente, sondas de oxigénio, gástricas ou vesicais (Morison, 2004; Baranoski, Ayello, 2006; EPUAP, 2009; DGS, 2011).

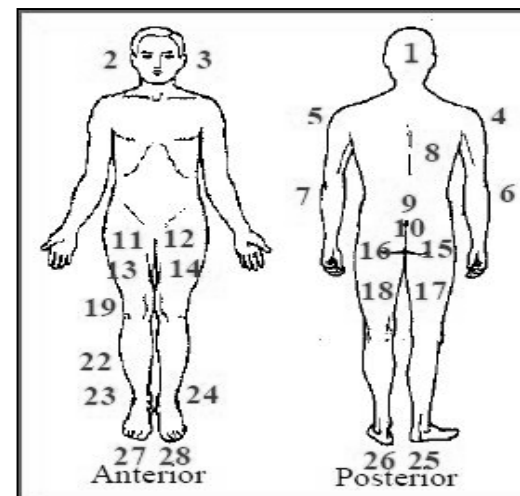
AVALIAÇÃO DA PELE

NOME: _____ DATA: ____/____/____

AVALIAÇÃO GERAL DA PELE		
INSPEÇÃO (pigmentação)	Palidez	
	Cianose	
	Icterícia	
	Hiperpigmentação	
	Hipopigmentação	
	Purpura senil	
	Sem alterações	
PALPAÇÃO	Humidade	
	Edemas	
	Turgidez	
	Textura	
OLFATO	Odor corporal normal	
	Presença de infeção	
	Má higiene	
OBSERVAÇÃO	Cabelo	
	Unhas	
ALTERAÇÕES CUTANEAS	Cicatrizes anteriores	
	Úlceras cicatrizadas	
	Outras	
ALTERAÇÕES DE POSTURA		
Locais sujeitos a dispositivos		
NOTAS		

Referências bibliográficas:

-European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
 -Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
 - Baranoski, S.; Ayello, E. (2006). O essencial sobre o tratamento de feridas- princípios práticos. Loures: Lusodidacta.
 -PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) - Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.



CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Categoria I – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

Categoria II – Perda parcial da espessura da pele que pode afetar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspeto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

Categoria III – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afetar a camada subadjacente.

Categoria IV – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte (tendões, cápsula articular, etc.). Estas lesões podem apresentar trajetos sinuosos e socavados.

AVALIAÇÃO DA PELE NOME: _____ DATA: __/__/__

AVALIAÇÃO ESPECÍFICA DA PELE									
Localização		Lesão	Pele íntegra						Estratégia
			Úlcera de pressão cicatrizada	Cor	Temperatura	Humidade	Edema ou Tumefação (rigidez)	Áreas de desconforto/dor	
1	Face posterior da cabeça								
2	Orelha direita								
3	Orelha esquerda								
4	Ombro direito								
5	Ombro esquerdo								
6	Cotovelo direito								
7	Cotovelo esquerdo								
8	Vertebras (superior médio)								
9	Sacro								
10	Cóccix								
11	Crista ilíaca direita								
12	Crista ilíaca esquerda								
13	Trocânter direito (anca)								
14	Trocânter esquerdo (anca)								
15	Tuberosidade isquiática direita								
16	Tuberosidade isquiática esquerda								
17	Coxa direita								
18	Coxa esquerda								
19	Joelho direito								
20	Joelho esquerdo								
21	Perna direita								
22	Perna esquerda								
23	Tornozelo direito								
24	Tornozelo esquerdo								
25	Calcanhar direito								
26	Calcanhar esquerdo								
27	Dedos do pé direito								
28	Dedos do pé esquerdo								
29	Outro (especificar)								

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

6- Avaliação da Dor:

Este instrumento reúne a caracterização da presença de dor sua localização, a sua manifestação, intensidade (no verso da folha de avaliação da dor apresentam-se as escalas analógica, numérica, qualitativa e das faces para adequar o tipo de escala às características da pessoa idosa que avaliava a sua dor), duração, etiologia, fatores desencadeantes, fatores atenuantes, medidas farmacológicas e não farmacológicas, estratégias de coping, formas de comunicar a dor, a quem a comunica e implicações da dor nas atividades de vida (Ayello, Sibbald, 2008, 2012; EPUAP & NPUAP, 2009; Ayello, 2012; DGS, 2001, 2003, 2008, 2010; NICE, 2005, 2014; OE, 2008).

AVALIAÇÃO DA DOR

Nome: _____ Data: _____

CARACTERIZAÇÃO			
Localização (local, irradiações)		Fatores desencadeantes (agravamento)	
Qualidade (manifestações: aperto, picada, choque, moinha...)		Fatores atenuantes (alívio)	
Intensidade (segundo escala de avaliação da Dor)		Medidas farmacológicas (uso e efeito)	
Duração (contínua, intermitente, episódica)		Medidas não farmacológicas (uso e efeito)	
Etiologia (historia da dor, causas)		Formas de comunicar a dor/ A quem a comunica (silêncio, choro, fúrias)	
Estratégias de coping (o que faz quando tem a dor?)		Implicações da dor nas AVDs	
INTERVENÇÕES			

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor- Guia Orientador de Boa Prática. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> // PORTUGAL, Direção Geral da Saúde (2001). Plano Nacional da luta contra a Dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde. // PORTUGAL, Ministério da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Lisboa: Direção Geral da Saúde. // PORTUGAL, Ministério da Saúde (2008). Programa nacional de controlo da dor. Circular Normativa nº 11/DGCG de 18/06/2008. Lisboa: Direção Geral da Saúde.// PORTUGAL, Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor Crónica na pessoa idosa. Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 14/12/2010. Lisboa: Direção Geral da Saúde. // European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.//Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN).//Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). *Preventing pressure ulcers and skin tears*. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2008 Jan. p. 403-29.

REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da Dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita.
- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaboradores, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) Para uma correta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Escala Numérica

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

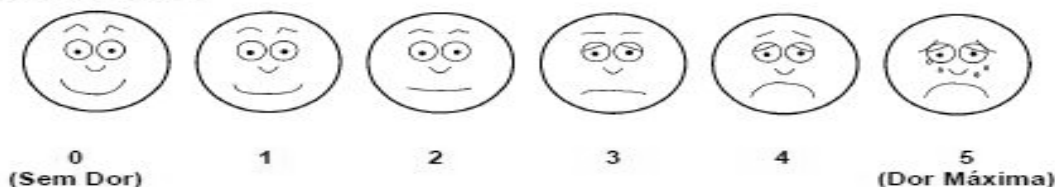
A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Escala Qualitativa

Sem Dor Dor Ligeira Dor Moderada Dor Intensa Dor Máxima

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Escala de Faces



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

7- Avaliação Nutricional:

Para despiste precoce de desnutrição à pessoa idosa com risco de desenvolver UP foi criada uma grelha que permite uma avaliação através de indicadores nutricionais (peso (real, estimado e desejado), altura e índice de massa corporal), avaliação antropométrica (perímetro abdominal, circunferência de perna, altura do joelho, circunferência de braço e prega cutânea subescapular) e avaliação bioquímica (valor de Hemoglobina, Albumina, Pré-albumina, Transferrina) (Ferry, 2004; Gomes, 2008; Loureiro, 2008). Esta avaliação pode servir de referência (valores padrão) para reavaliações/ despiste de alterações do estado nutricional da pessoa idosa.

Encontrado um instrumento de avaliação nutricional, rápido, não invasivo e não dispendioso validado para a população idosa portuguesa pelos investigadores da Nestlé®, o Mini Nutritional Assessment- MNA® - Mini Avaliação Nutricional. Este instrumento, constituído por 18 itens, foi desenvolvido em 1994, por Guigoz e colaboradores e fornece um método simples e rápido de identificar o risco de desnutrição ou um estado desnutrição, identifica o risco de desnutrição antes de ocorrerem alterações de peso ou dos níveis de proteína sérica. Também permite aos profissionais intervir precocemente e fornecer um suporte nutricional adequado, prevenindo a deterioração física e melhorando os resultados na pessoa idosa (Vellas et al, 1999; Guigoz, 2006).

Na impossibilidade de avaliação da altura e do peso real da pessoa idosa, o que inviabiliza o cálculo do índice de massa corporal, também foi associado o Mini Nutritional Assessment- Short-form (MNA®-SF), que utiliza a triagem do MNA® mas substitui o cálculo do índice de massa corporal pela avaliação da circunferência da perna (Kaiser et al, 2011; DiMaria-Ghalili & Amella, 2012), constituída por 6 itens (ingestão de alimentos, perda de peso, mobilidade, stress psicológico ou doença aguda, presença de demência ou depressão e IMC), o que torna o instrumento facilitador no despiste do estado nutricional de pessoas idosas acamadas.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Avaliações/datas									
INDICADORES NUTRICIONAIS									
Peso (real)									
Peso (estimado)									
Peso (desejado)									
Altura (Bilhete de Identidade)									
Altura (estimado)									
Índice de Massa Corporal (IMC- Kg/m ²)									
Avaliação antropométrica									
Perímetro Abdominal (PA-cm)									
Circunferência de Perna (CP-cm):									
Altura do joelho (AJ-cm)									
Circunferência de Braço (CB- cm)									
Prega Cutânea Subescapular (PCSE-cm):									
Avaliação bioquímica									
Hemoglobina									
Albumina									
Pré-albumina									
Transferrina									
<p>REFERÊNCIAS:</p> <p>Equação de Chumlea (Peso):</p> <p>Homem: $(0,98 \times CP) + (1,16 \times AJ) + (1,73 \times CB) + (0,37 \times PCSE) - 81,69$</p> <p>Mulheres: $(1,27 \times CP) + (0,87 \times AJ) + (0,98 \times CB) + (0,4 \times PCSE) - 62,35$</p> <p>Equação de Chumlea (Altura):</p> <p>Homem: $(2,02 \times AJ) - (0,04 \times idade) + 64,19$</p> <p>Mulheres: $(1,83 \times AJ) - (0,24 \times idade) + 84,88$</p> <p>Índice Quételet (IMC): $Peso / Altura^2$</p>									
					Albumina (g/dl)	Transferrina (mg/dl)	Pré-Albumina (mg/dl)		
Desnutrição Grave					≤3,0	≤150	≤15		
Desnutrição moderada]3,0; 3,5]]150, 200]]15, 20]		
Nutrido					>3,5	>200	>20		

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ferry, M. & Alix, E. (2004). A nutrição da pessoa idosa: aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Gomes, F. (2008). *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Universidade de Aveiro. Disponível: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf>

Loureiro, M. (2008). *Validação do "Mini-Nutritional Assessment" em idosos*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra.

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
Referências 1. Velaz B, Vilas H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:456-465. 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). <i>J Geront</i> . 2001; 56A: M366-377. 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:466-467. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M Para maiores informações: www.mna-elderly.com	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> desnutrido	

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados.
Some os números para obter a pontuação final da triagem.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SE IMC NÃO DISPONÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA QUESTÃO F2 NÃO RESPONDER À QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER COMPLETA	
F2 Circunferência da Perna (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006;10:456-465.
 - Rubenstein LZ, Harlier JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
 - Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
 - Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13:782-788.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

8- Grelha de caracterização dos cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente:

Este instrumento pretende despistar necessidades formativas e outros fatores de risco, tais como posicionamentos inadequados, uso de más técnicas ao transferir e/ou levantar o cliente aumentando as forças de pressão e o deslizamento, restrições ao movimento ou condições de higiene (Dealey, 2006).

GRELHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE MANUTENÇÃO À PELE PRESTADOS PELOS CUIDADORES À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM RISCO DE DESENVOLVER ULCERAS DE PRESSÃO

Nome do utente: _____ Nome do cuidador: _____

DATA:	DATA:		DATA:
O QUE FAZER?	AVALIAÇÃO DA PELE		
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
Observa a pele diariamente			
Verifica as proeminências ósseas			
Verifica locais expostos à humidade			
Pesquisa alterações na pele: temperatura, cor, rigidez, tumefações			
O QUE FAZER?	CUIDADOS À PELE		
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
Efetua a higiene diária com sabão neutro			
Não utiliza água quente			
Lava, enxagua e seca a pele sem a friccionar			
Lava, enxagua e seca as pregas cutâneas e espaços interdigitais			
Aplica creme hidratante			
Não massaja proeminências ósseas			
Mantem a roupa seca e esticada, tanto da cama como da pessoa idosa			
O QUE FAZER?	CONTROLO DA HUMIDADE		
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
Protege a pele na presença de incontinência fecal e/ou urinária			
Mantem a pele seca em caso de diaforese			
O QUE FAZER?	POSICIONAMENTOS E MOBILIZAÇÃO		
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
Efetua mobilizações/mudanças posturais			
Estimula a mobilidade e a atividade da pessoa idosa			
Estimula o levantar e a transferência da pessoa idosa			
Efectua mudança da posição, no mínimo, de 2 em 2 horas			
Mobiliza a pessoa idosa evitando a fricção e o deslizamento			
Eleva a cabeceira da cama até ao máximo de 30°			
Em decúbito lateral, não ultrapassa a elevação da cabeceira a mais de 30°			
Evita apoiar o peso do corpo sobre os trocânteres			
O QUE FAZER?	NUTRIÇÃO		
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
Assegura, no mínimo, cinco refeições diárias			
Assegura a ingestão de líquidos			
Assegura a ingestão proteica			
O QUE FAZER?	EDUCAÇÃO DO CLIENTE E CUIDADOR		
COMO FAZER?	Observa-se	Não Se Observa: INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
Apresenta conhecimentos sobre a prevenção de úlceras de pressão			
Apresenta interesse sobre a prevenção de úlceras de pressão			
Apresenta disponibilidade para aprender a prevenir úlceras de pressão			

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

Referências Bibliográficas: European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel./Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN)./Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). *Preventing pressure ulcers and skin tears*. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2008 Jan. p. 403-29.

9 - Grelha de identificação e caracterização dos cuidadores:

Este instrumento permite identificar a complexidade do cuidador e o caracterizar relativamente á idade, grupo etário, grau de parentesco de quem cuidam, habilitações literárias, ocupação, tempo de prestação, número de horas de prestação diária, disponibilidade para cuidar (Collière, 2003; Sequeira, 2010).

GRELHA DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR

Nome do utente: _____ Data: ____/____/____

Nome do cuidador: _____

IDADE/GRUPO ETÁRIO	
GENERO	
ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDADE	
GRAU DE PARENTESCO (tipo de relação)	
OCUPAÇÃO/ATIVIDADE PROFISSIONAL	
ESTADO DE SAÚDE (física e mental)	
HORAS DE PRESTAÇÃO POR DIA	
TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	
COMPLEXIDADE DO CUIDADOR:	
PERSONALIDADE	
HISTÓRIA DE VIDA	
OBJETIVOS DE VIDA	
AUTOCONCEITO de cuidar	
EXPECTATIVAS de cuidar	
IDEOLOGIA (atitudes e crenças)	
RELAÇÕES FAMILIARES (mais significativas no cuidar)	
ESTRATÉGIAS DE COPPING (recursos pessoais)	
DISPONIBILIDADE PARA CUIDAR	

Elaborado por Enfª Ana Bento (4ªCME-ESEL)

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL- (CADI): Data: ____/____/____

Problemas relacionais		Reações ao cuidar	
Restrições sociais		Apoio familiar	
Exigências do cuidar		Apoio profissional	

Intervenção: _____

Referências bibliográficas: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Referências Bibliográficas

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice De Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. 25(2). 59-66
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2008). Preventing pressure Ulcers and skin tears. In Capezuti, E. et al (2008). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 403-429. 3ª Ed. New York. Springer Publishing Company.
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2012). *Nursing Standard Of Practice Protocol: Pressure Ulcer Prevention & Skin Tear Prevention*. Acedido a 11/10/2013. Disponível: [http://consultgerirn.org/topics/pressure ulcers and skin tears/want to know more](http://consultgerirn.org/topics/pressure%20ulcers%20and%20skin%20tears/want%20to%20know%20more)
- Ayello, E. (2012). Predicting Pressure Ulcer Risk. *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. Disponível: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_5.pdf
- Baranoski, S.; Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas-princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001)
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: CLIMEPSI
- DiMaria-Ghalili, A. & Amella, E. (2012). *Try this: 9 –Assessing nutrition in older adults. Best practices in nursing care to older adults*. Hartford Institute for geriatric nursing, New York University, College of Nursing.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

- Ferry, M. & Alix, E. (2004). *A nutrição da pessoa idosa: aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *AJN*. 107 (10). 40-48.
- Gomes, F. (2008). *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Universidade de Aveiro. Disponível:
<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf>
- Guigoz, Y. (2006). The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*®. 10 (6), 466-487.
- Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). *Preventing pressure ulcers and skin tears*. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2008 Jan. p. 403-29.
- Kaiser, M., Bauer, J., Uter, W., Donini, L., Stange, I., Volkert, D. ... Sieber, C.. (2011). Prospective Validation of the Modified Mini Nutritional Assessment Short-Forms in the Community, Nursing Home, and Rehabilitation Setting. *Journal The American Geriatrics Society*. 59 (11), 2124-2128
- Loureiro, M. (2008). *Validação do “Mini-Nutricional Assessment” em idosos*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra. Disponível:
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10439/1/TESE%20MHVSL.pdf>
- Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). Pressure ulcers. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. *NICE clinical guideline 29*. Disponível: <http://guidance.nice.org.uk/cg29>

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. *NICE clinical guideline 179*. Disponível: <http://guidance.nice.org.uk/cg179>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor- Guia Orientador de Boa Prática. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- PORTUGAL, Direção Geral da Saúde (2001). Plano Nacional da luta contra a Dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2008). Programa nacional de controlo da dor. Circular Normativa nº 11/DGCG de 18/06/2008. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor Crónica na pessoa idosa. Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 14/12/2010. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)*. Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. & Albarede, J. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and Its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. *Nutrition*. 15(2), 116-122.
- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN) (2010). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. (*WOCN clinical practice guideline*; no. 2). Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Disponível: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3860&nbr=3071

Apêndice 17:

Reflexão - Peso da pessoa idosa

REFLEXÃO: Peso Da Pessoa Idosa

«O meu paizinho está tão magrinho! ...é vê-lo de dia para dia...Tenho a certeza que perdeu peso nos últimos meses... mas não posso dizer quanto, não o posso pesar...o meu pai já não é pesado aos anos...desde de que caiu à cama, coitadinho!»

A avaliação do peso e da altura da pessoa idosa dependente e acamada é quase sempre um problema, a imobilidade, a perda de massa muscular e a falta de apetite impelem para perda de peso e consequente subnutrição. Quase parece ser uma situação de “normalidade” a perda de peso das pessoas idosas e oiço com frequência tanto profissionais: “os idosos deixando de se mexer perdem peso, isto é a evolução natural, mas vai-se reforçando a alimentação...”; como cuidadores: “...dou-lhe o mesmo número de refeições, dou-lhe até mais peixe e carne misturados na sopinha mas mesmo assim parece que não engorda... só emagrece... deve ser da velhice...”

No geral, a desnutrição é um fator de risco presente na maioria das situações de idosos dependentes e acamados, mas a presença concomitante de dor e demência torna a nutrição um acontecimento secundário...mas ainda assim não deixa de ser um problema que necessita de intervenção o mais precocemente possível.

Até a avaliação da RNCCI relativamente ao estado de nutrição incluída na avaliação Biopsicossocial através do Instrumento de Avaliação Integral (IAI) permite que este domínio seja omissa, ou seja, se não for possível medição de peso, o estado de nutrição assume um valor que representa a impossibilidade de avaliar este item. O que caracteriza este facto mas não permite o controlo nas seguintes avaliações.

Cada Unidade de Saúde tem de escolher ferramentas adequadas e utiliza-las para despiste do estado nutricional dos seus clientes.

Apêndice 11:

Ação de formação no estágio em ECCI

4º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA
PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO**

**PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE
DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA**

Discente: Ana Bento

Docente: Prof. Maria Emília Brito

Enfermeiro Orientador Do Local De Estágio: Enfª Fátima Esteves

Lisboa, 2014

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**

**PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA**

○ **OBJETIVO GERAL**

- CAPACITAR A FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA E PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NA PESSOA IDOSA, EM CASA.

○ **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- DAR A CONHECER ÀS EQUIPAS DE ENFERMAGEM O CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS E SUA APLICAÇÃO.
- DEMONSTRAR OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS
- PARTILHAR COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO À PESSOA IDOSA E CUIDADORES

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

Avaliação
de risco

CADERNO DE LINHAS
ORIENTADORAS

3

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

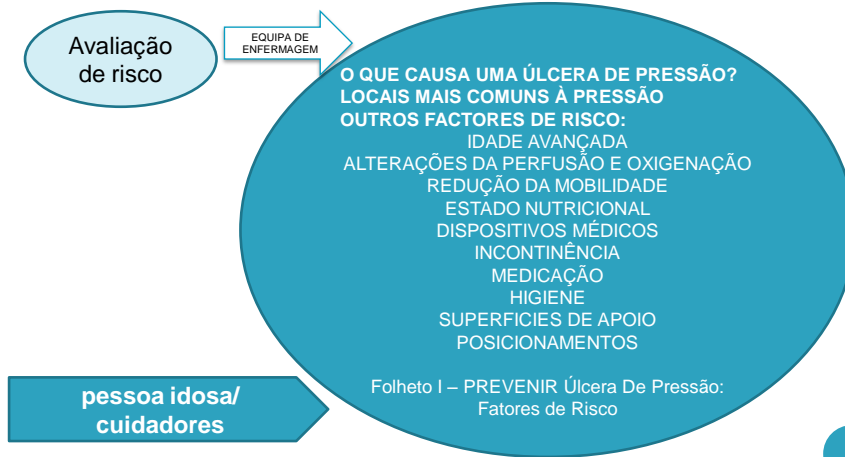
Avaliação
de risco

EQUIPA DE
ENFERMAGEM

- AVALIAR O RISCO INDIVIDUAL
- AVALIAR A ATIVIDADE E A MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA: Índice De Barthel
- IDENTIFICAR AS PESSOAS IDOSAS EM RISCO DE DESENVOLVEREM ÚLCERAS DE PRESSÃO: Escala De Braden
- IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO: Identificação De Fatores De Risco Para Desenvolvimento De Úlceras De Pressão
- DOCUMENTAR TODAS AS AVALIAÇÕES DE RISCO
- Educar a pessoa idosa/ cuidadores para a importância da avaliação do risco e conhecimento de fatores de risco

4

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

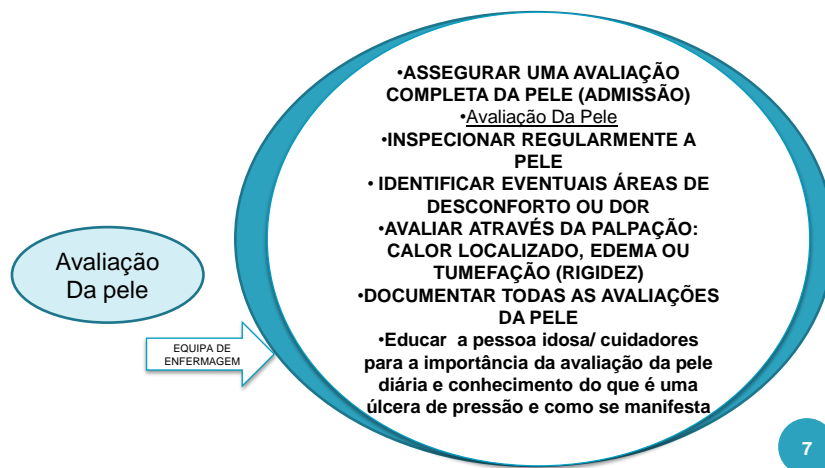


**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA



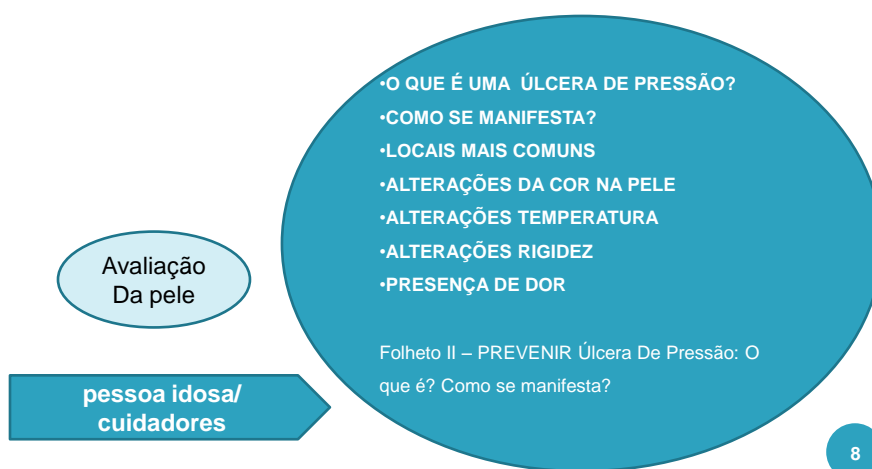
**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**

PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA



**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**

PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

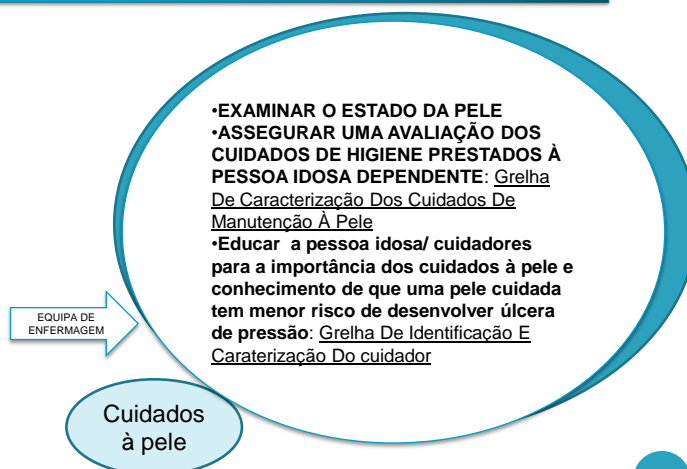


**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA



9

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA



10

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

pessoa idosa/
cuidadores

•CUIDAR DA PELE É:

VIGIAR A PELE
LIMPAR A PELE
HIDRATAR A PELE
DAR CONFORTO À PELE
ALIMENTAR A PELE

Folheto III - PREVENIR Úlcera De Pressão:
Cuidados à Pele

Cuidados
à pele

11

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

Avaliação
de risco

reposicionamentos

CADERNO DE LINHAS
ORIENTADORAS

Avaliação
Da pele

Cuidados
à pele

12

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

**•REALIZAR A ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS/
POSICIONAMENTOS**

- REDUZIR A DURAÇÃO E A MAGNITUDE DA PRESSÃO
- SEGUNDO O GRAU DE RISCO AVALIADO (Escala De Braden)
- COM A FREQUÊNCIA ADEQUADA À TOLERÂNCIA DOS TECIDOS
- O NÍVEL DE ATIVIDADE E MOBILIDADE INDIVIDUAL
- CONDIÇÃO CLÍNICA
- CONDIÇÃO DA PELE
- SUPERFÍCIES DE APOIO EM USO

**•REALIZAR REGISTO DE UM PLANO DE
POSICIONAMENTOS: Plano De Posicionamentos**

- Educar a pessoa idosa/ cuidadores para a importância dos reposicionamentos, técnicas corretas de reposicionamento e uso de equipamentos

reposicionamentos

EQUIPA DE
ENFERMAGEM

13

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

•EVITAR O POSICIONAMENTO:

- SOBRE E ENTRE PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS
- SOBRE DISPOSITIVOS MÉDICOS
- SOBRE ÚLCERAS OU LESÕES EXISTENTES
- IMPORTÂNCIA NA PESSOA IDOSA ACAMADA:
- ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS/
POSICIONAMENTOS
- MANTER OS CALCÂNEOS PROTEGIDOS E ELEVADOS
- EVITAR O ARRASTAMENTO
- EVITAR ELEVAR A CABECEIRA DA CAMA A MAIS DE 30 GRAUS
- EVITAR UMA ROTAÇÃO LATERAL A UM ÂNGULO SUPERIOR A 30 GRAUS
- NA POSIÇÃO SENTADO
- EFETUAR MOBILIZAÇÃO HORA A HORA
- ENCORAJAR MUDANÇA DE POSIÇÃO DE 15/15 MINUTOS
- EVITAR OS PÉS PENDENTES

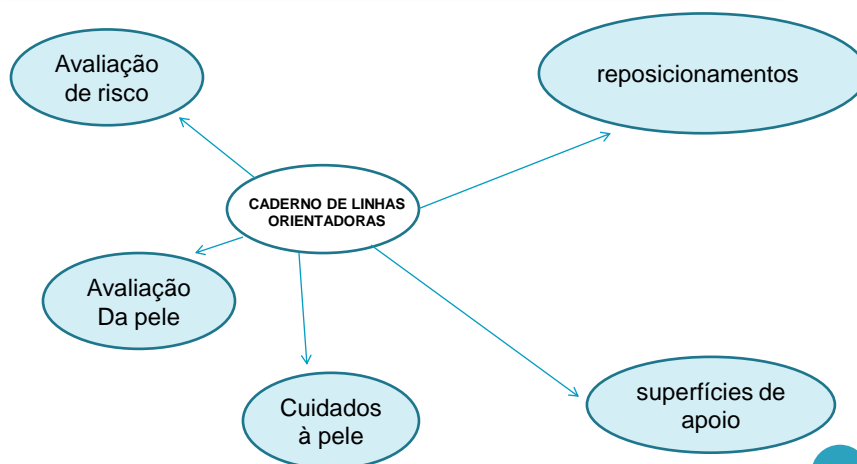
reposicionamentos

pessoa idosa/
cuidadores

Folheto IV - PREVENIR Úlcera De Pressão:
Posicionamentos

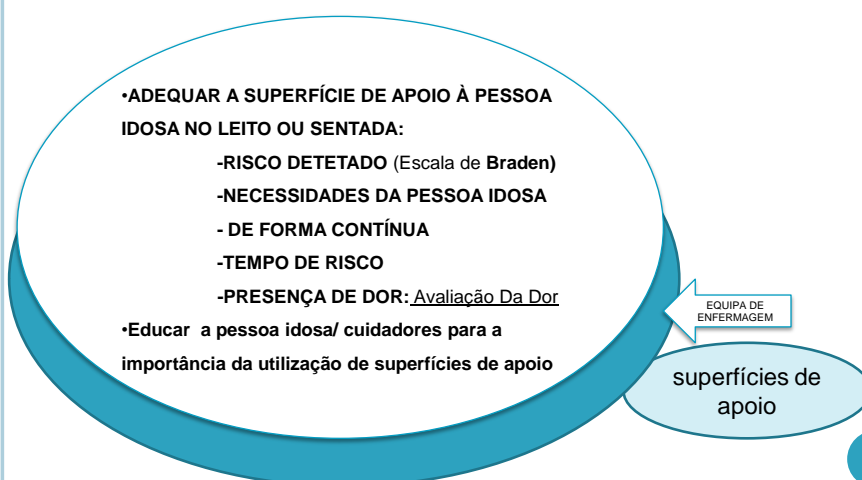
14

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA



15

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA



16

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

- O QUE SÃO SUPERFÍCIES DE APOIO
- TIPOS DE SUPERFÍCIES DE APOIO
- ADEQUAR A SUPERFÍCIES DE APOIO

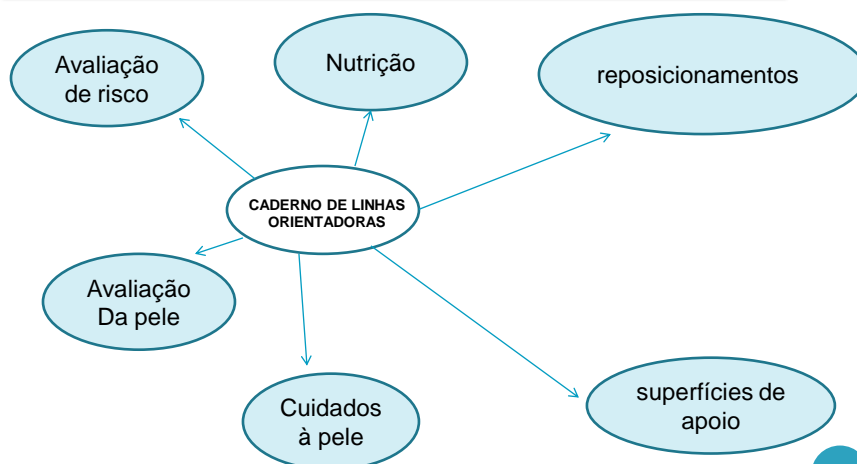
peessoa idosa/
cuidadores

Folheto V - PREVENIR Úlcera De Pressão:
Superfícies de apoio

superfícies de
apoio

17

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA



18

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

Nutrição

EQUIPA DE
ENFERMAGEM

•AVALIAR O ESTADO NUTRICIONAL:

-Mini Nutritional Assessment- MNA®

-Mini Nutritional Assessment-ShortForm: MNA®-SF

-Avaliação Nutricional

•AVALIAR O RISCO NUTRICIONAL INDIVIDUAL

**•Educar a pessoa idosa/ cuidadores para a
importância da nutrição**

19

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

Nutrição

•IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO:

-RISCO DA PERDA DE APETITE

-CAUSAS DA PERDA DE APETITE

•PLANIFICAR UMA DIETA:

-EQUILIBRADA POLIFRACIONADA

-ADEQUADA SITUAÇÃO CLÍNICA INDIVIDUAL

-SEGUNDO AS PREFERÊNCIAS INDIVIDUAL

-ESTIMULAR A PESSOA IDOSA A ALIMENTAR-SE
AO SEU RITMO E SEGUNDO AS SUAS
CAPACIDADES

Folheto VI - PREVENIR Úlcera De Pressão: Nutrição

**pessoa idosa/
cuidadores**

20

**CADERNO DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO**
PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA (BARTHEL) EM RISCO DE DESENVOLVER
ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CASA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- > Ayello, E., Sibbald, R. (2008). Preventing Pressure Ulcers and Skin Tears. In Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, D., Kluger, M. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for best practice*, 3rd Edition (pp. 403-429). Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN). New York: Springer Publishing Company.
- > Ayello, E., Sibbald, R. (2012). Nursing standard of practice protocol: pressure ulcer prevention & skin tear prevention. In Boltz, M., Capezuti, E., Terry T. Fulmer, T. T., Zwicker, D., O'Meara, A. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for best practice*, 4th Edition. (pp. 298-323). New York: Springer Publishing Company. Disponível: http://consultgerim.org/topics/pressure_ulcers_and_skin_tears/want_to_know_more
- > Ayello, E., Baranoski, S., Lyder, C., Cuddigan, J. (2004). Úlceras de pressão. In: Baranoski, S., Ayello, E. *O essencial sobre o tratamento de feridas- Princípios práticos*. (pp. 279-314). Loures: Lusodidacta.
- > Bale, S. et al (2006). Skin Care. In Romanelli, Marco, (Ed). *Science and practice of pressure ulcer management*. (pp 75-84). London: Springer
- > Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi
- > Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M. F., Matias, A., Sousa, I., Romba, R. (2009). *Manual de Boas Práticas. Úlceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.
- > EPUAP/NPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- > Gilcreast, D. M., Warren, J. B., Yoder, L. H., Clark, J. J., Wilson, J. A., & Mays, M. Z. (2005). Research comparing three heel ulcer-prevention devices. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 32(2), 112-120.
- > Hampton, S., & Collins, F. (2005). Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. *British Journal of Nursing*, 14(15), S6-S12.
- > Hunter, S., Anderson, J., Hanson, D., Thompson, O., Langemo, D., & Klug, M. G. (2003). Clinical trial of a prevention treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN)*, 30(5), 250-258.
- > ICE- Investigação Científica em Enfermagem (2010). *Prevenção de Úlceras por Pressão- Manual de Orientação para a Macronésia*. Governo dos Açores. Secretaria Regional da Saúde. Disponível: http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_de_ulceraspor_pressao-Manual_de_orientacoes_para_a_Macaronesia.pdf
- > Iglesias, D., Nixon, J., Cranny, G., Nelson, E. A., Hawkins, K., Phillips, A., et al. (2006). Pressure relieving support surfaces (PRESSURE) Trial: Cost-effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 332(7555), 1416.
- > Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência
- > NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Clinical Guideline 29: quick reference guide- the prevention and treatment of pressure ulcers*. Disponível: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10972/29883/29883.pdf>
- > PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- > WOCN- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (2010). *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*. WOCN Clinical Practice Guideline: 2. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Disponível: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23868>

**“NÓS SOMOS OU TORNAMO-NOS
NAS COISAS QUE FAZEMOS
REPETIDAMENTE. PORTANTO, A
EXCELÊNCIA PODE DEIXAR DE SER
SÓ UM ACONTECIMENTO E
TRANSFORMAR-SE NUM HÁBITO”**

ALBERT EINSTEIN

OBRIGADO!

Apêndice 19:

Reflexão - Idosos Hospitalizados

Reflexão - Idosos Hospitalizados

Neste contexto hospitalar estou a ser confrontada com situações de pessoas idosas sem ninguém, por estarem institucionalizadas em lares, por indisponibilidade familiar ou por abandono. Um dos objetivos da minha intervenção seria capacitar os cuidadores, mas onde estão? Perante a ausência de cuidadores e perante situações cuja presença do estado de consciência ou nível cognitivo são debilitados, existem pessoas idosas nos serviços que não têm quem nos conte quem são, quais os seus desejos, os seus medos, o que repudiam...

Uma das coisas que recorro quando ainda trabalhava em contexto hospitalar (entre 1998 e 2006) eram enfermarias cheias de visitas e de cuidadores a exigirem um papel mais participativo na prestação de cuidados e a exigirem um alargamento do horário de visitas para acompanhamento à pessoa internada. Estava perante cônjuges e filhos ansiosos por “levar” os seus familiares para casa, preocupados com o que fazer e como fazer, as adaptações na vida, em casa, estratégias de como lidar com a situação... O grupo etário mais velho e frequente, nesse serviço e nessa altura era dos 65-74 anos: pessoas ainda ativas, autónomas, a “gozar” da sua reforma.

Atualmente, o grupo etário que predomina na enfermaria de medicina do hospital onde estou a estagiar é um grupo de idade mais avançada (> 75 anos), pessoas dependentes, carentes de cuidados permanentes, sem autonomia, com uma rede familiar de apoio frágil. Pessoas idosas que adoecem e por doença aguda se “deixam” hospitalizar, permitindo-nos a nós, enfermeiros identificar, perceber e despistando, na maioria das vezes, a necessidade de cuidados para além da doença.

Os familiares desresponsabilizam-se desse cuidar e transferem os cuidados exclusivamente para os profissionais de saúde e por vezes por desconhecimento e falta de referências ou valores, dizem entre portas, “elas estão cá é para trabalhar... isso é que era bom, vir visitar o meu pai e ter de lhe trocar a fralda... tenho tempo de lhe trocar a fralda em casa...”. Ou ainda “agradeço a sua atenção e disponibilidade para me ajudar a cuidar da minha mãe, mas ela quando sair daqui vai para um lar e lá sabem como fazer essas coisas, eu não tenho vagar e também tenho as minhas

doenças, mais os filhos e os netos, sabe como é?”. Outros por vezes tão debilitados quanto à pessoa internada querem continuar a cuidar do outro, quando eles próprios também necessitam de ajuda (cônjuges com convivência de décadas).

Estes comportamentos são reveladores das alterações descritas sobre as atuais estruturas familiares, famílias disfuncionais com valores destorcidos, onde dinheiro se sobrepõe aos afetos, às relações interpessoais e ao respeito pelo outro, por imposição de uma sociedade mais economicista, onde os direitos são cada vez mais exigidos e os deveres cada vez mais ignorados.

Estas dificuldades impelem-nos para uma avaliação e caracterização das famílias, das suas relações e necessidades. Embora possamos estar atentos e sensibilizados para esses fatores se as famílias recusarem prestar cuidados à pessoa idosa devemos respeitar e ajudá-los a tomar decisões conscientes, reais e adaptadas à pessoa idosa, não a excluindo das decisões relativas ao seu futuro.

Esta situação deixou-me em desassossego porque em pelo menos três décadas abriu-se um fosso intergeracional, porque se vêm os mais velhos espartilhados das suas posses e dos seus bens, deixam de fazer parte do quotidiano das suas famílias, deixam de decidir e passam a viver sob as consequências dos actos escolhidos por outros e não por eles. Talvez esta seja uma questão ética que permanecerá comigo entretanto, mas terei de encontrar estratégias para a nível pessoal e profissional puder ultrapassar este assunto.

In Diário de aprendizagem em estágio hospitalar

Apêndice 20:

Reflexão - Cuidadores e cuidados

REFLEXÃO Cuidadores e cuidados

«Se eu pudesse ficava cá eu... mas estou a trabalhar e não consigo...ter encontrado esta senhora para tratar da minha mãe, foi uma sorte...dá-lhe o banho, muda-lhe a roupa e a fralda, faz e dá-lhe a comida...não posso pedir mais...»

«...Foi uma opção difícil, mas não podia tirar a minha mãe do seu meio, das suas coisas, das suas memórias... ela mora nesta casa há mais de 50 anos...Ter uma pessoa com ela todo o dia, deixa-me mais tranquilo...»

«Fica mais barato contratar alguém do que coloca-la num lar, e assim também a casa fica vigiada e arrumada»

Neste estágio na comunidade verifico que alguns filhos de pessoas idosas dependentes, em vez da institucionalização num lar optam por contratar uma “empregada particular”, 24 horas por dia, que assume o “cuidado” da pessoa idosa, prepara as refeições e trata da casa. Esta situação repete-se porque as famílias e as pessoas idosas são pouco exigentes com o acto de cuidar (e o seu significado) e porque têm um profundo desconhecimento sobre as necessidades humanas: estes são os pontos fundamentais desta reflexão.

Estas “empregadas” não podem ser consideradas cuidadoras formais só porque são pagas, são pessoas sem preparação específica para cuidar de idosos, não advêm de nenhuma instituição e não possuem formação. O desemprego sujeitou-as a esta situação e muitas delas reconhecem que o fazem por obrigação e se encontrassem outro trabalho mudariam. Ao identificarmos estas “empregadas” temos de as incentivar, trabalhar em conjunto, descobrir as suas necessidades e da pessoa que cuidam e o seu significado porque nem elas nem os familiares nem os próprios idosos pensam no que realmente é Cuidar e por isso contentam-se com “o banhinho e a barriguinha cheia”...isto não é nada... é fundamental sensibilizar para a diferença de um cuidar sem substituição das atividades de vida, com atenção, respeito pelos desejos do outro, pela estimulação sensitiva e cognitiva, pelo desenvolvimento da autoestima, da confiança e da qualidade de vida da pessoa idosa.

In Diário De Aprendizagem Em Estágio Na Comunidade